

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



**“VIVIENDO LA VEJEZ. UNA MIRADA SOCIOLOGICA SOBRE LA VIDA EN EL
ASILO DE ANCIANOS JUAN PABLO II”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
SOCIOLOGÍA**

PRESENTA

DIANA GABRIELA TERÁN HERNANDEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ RAÚL RODRÍGUEZ JÍMENEZ

HERMOSILLO, SONORA

DICIEMBRE DEL 2011

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

A mis abuelos y padres, que sin ellos no estuviera aquí.

A mi tía mini, a mis compañeras y compañeros de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco cumplidamente el apoyo que recibí para la preparación de esta investigación de mi director de tesis Dr. Raúl Rodríguez Jiménez, no solo por la dirección de este trabajo, sino también por toda la dedicación, motivación y consejos que he recibido de él desde mis primeros años en la licenciatura.

A la universidad de Sonora por brindarme un espacio para realizar mis estudios.

Al asilo de ancianos Juan Pablo II por abrirme las puertas para llevar a cabo la investigación.

A mis maestros que brindaron su conocimiento a lo largo de la carrera.

A mis padres que me han brindaron su apoyo incondicional y confianza siempre.

A mis compañeras y compañeros de vida, por su apoyo y amistad: Cecilia Weihs, Ana Liz Orcí, Eva Sánchez, Sylvette Vidal, Victoria Hernández, Alfonso Alamea y Adrian Estrada.

A mis compañeros de la licenciatura por la retroalimentación del conocimiento.

A todas las personas que confiaron en mí y que de un modo u otro me apoyaron para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. Tendencias de Población: Panorama mundial del envejecimiento poblacional.....	11
1.1 América Latina: hacia el envejecimiento.....	14
1.2 El envejecimiento demográfico en México.....	17
1.1.1 Aspectos sociales del envejecimiento en México.....	23
1.3 Dinámica demográfica en Sonora (1940- 2050).....	27
1.4 Adultos mayores en Hermosillo: una aproximación.....	30
CAPÍTULO 2. Sobre los asilo de ancianos.....	34
2.1 Consideraciones históricas en torno al proceso de origen de los asilos de ancianos	34
2.1.1 Historia de los asilos en México	37
2.2 Sobre el Asilo de Ancianos Juan Pablo II	39
2.2.1 Historia sobre los inicios del Asilo de Ancianos Juan Pablo II	40
2.2.2 Operación y funcionamiento.....	41
2.2.3 Los criterios de ingreso y permanencia del asilo.....	45
2.3 Datos demográficos de la población del asilo Juan Pablo II.....	46
2.3.1 Análisis general de la población del asilo.....	46
2.3.2 Tercera y Cuarta edad.....	50
2.3.3 Genero.....	52
CAPÍTULO 3. Imágenes de la vejez y la vida en los asilos.....	58
3.1 Hacia una construcción socio histórica de la imagen de la vejez.....	59
3.2 Hacia una conceptualización de la vejez: algunos referentes teóricos.....	61

3.3 Viviendo en el asilo: imágenes de la vejez desde el asilo Juan Pablo II.....	68
3.3.1 Relación o situación familiar.....	70
3.3.2 Causas de ingreso al asilo.....	73
3.3.3 La adaptación al asilo Juan Pablo II.....	76
3.3.4 La estancia en el asilo.....	80
3.3.5 La eternidad de las noches.....	84
3.3.6 La vejez en el asilo: análisis de la autovaloración de ancianos institucionalizados.....	91
3.3.7 Sembrando la vejez.....	97
CONCLUSIONES.....	102
REFERENCIAS.....	110
ANEXOS.....	114

INTRODUCCIÓN

En las dos décadas pasadas, el envejecimiento en México ha cobrado relevancia en la investigación. De acuerdo con Vázquez (2006) la investigación sobre envejecimiento está concentrada en cuatro temas dominantes. El primero tiene relación con el comportamiento demográfico de las poblaciones en edades avanzadas. Las proyecciones de cuántos son y serán en cálculos a nivel nacional y estatal. Es a partir de la disponibilidad de estos datos que se afirma un envejecimiento poblacional en México. El segundo tema es el asunto de las pensiones, ligado a la discusión de su insuficiencia. Ha resaltado la pobreza en aquellos que carecen de este derecho social:

Ancianos sin derecho porque ellos y ellas trabajaron en el sector informal urbano o en las actividades del campo, o porque no pertenecieron nunca al sector de los trabajadores remunerados (Vázquez et. al, 2006: 20).

El tercer tema es el de las condiciones de salud de esta población así como sus implicaciones económicas, pues los resultados sobre los estudios de morbilidad, discapacidad, años de vida saludables, necesidades y acceso a los sistemas de salud no son alentadores respecto a quienes viven la vejez y quienes la viviremos. Así mismo los análisis respecto a la situación epidemiológica nos abren las puertas a una realidad llena de “achaques”, enfermedades crónicas, prolongadas o dependientes de la ayuda de los demás.

Finalmente, el tema de las relaciones sociales de los ancianos, a nivel familiar que ofrece una mirada sobre los mecanismos relacionados en el intercambio generacional que permite a los ancianos un apoyo en los servicios para su supervivencia. Sin embargo en este

punto existe una población que carecen de una red social familiar o son abandonados por sus familias.

Sin embargo, ante los avances logrados en el conocimiento de la vejez se tienen dos visiones que se anteponen: una de ellas es la de considerar la vejez como problema social y la otra el de la mirada macrosocial que deja de lado las dimensiones del fenómeno. La velocidad con la que se presenta la vejez en México ha producido la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional en años pasados y de preparar respuestas institucionales y sociales para los desafíos que representará el envejecimiento demográfico. El cual influirá de distintas formas en la sociedad, la economía, la política y la cultura.

Las proyecciones de la población apuntan a un envejecimiento acelerado para el caso de México. Lo cual implicará cambios en nuestra manera de pensar y ser frente al envejecimiento: tendremos que adaptarnos a nuevos ritmos de la vida social, a las cambiantes percepciones del curso de la vida, a las nuevas normas y expectativas relacionadas con la edad. De igual modo el envejecimiento de la población pondrá a prueba la lógica de funcionamiento de muchas de nuestras instituciones y los actores presionaran para que se modifiquen de acuerdo a las demandas y necesidades emergentes.

La vejez y su transformación no solo es un problema social que se origina porque cada vez son más las personas que alcanzan edades avanzadas, sino principalmente por la respuesta que se tenga a nivel económico, institucional, de salud y social para dar respuesta a las nuevas demandas. Aunado a esto el carácter de problema se agrava en un escenario caracterizado por pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. Dentro de estas características se entremezclan otras dimensiones como la población que carece de

asistencia social o aquellos que no cuentan con el apoyo familiar, atrapando a esta población en una telaraña de desventajas múltiples respecto a la cuales es difícil escapar. Lo cual nos lleva a plantearnos numerosas cuestiones para las políticas sociales, de salud y poblacional.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito analizar e interpretar a la luz de algunos argumentos teóricos la experiencia del envejecer, desde la óptica de los propios ancianos respecto a cómo viven y se mueven en el ámbito cotidiano, cómo experimentan su vejez, cómo es representada y descrita en sus testimonios, la visión con la que fue abordada la investigación tiene el interés de dilucidar la propia experiencia de envejecer y más específicamente el transcurrir de esta etapa viviendo en un asilo de ancianos. Desde este punto se pretende contribuir a ampliar las visiones microsociales que se generan en el ámbito de la vejez y la vida cotidiana. Resaltando la importancia de conocer las percepciones sobre la vejez y las formas concretas de vivirla. Es necesario comprender el fenómeno del envejecimiento desde la visión de los propios actores junto a las explicaciones macrosociales, esto implica penetrar al mundo de las interpretaciones, representaciones y opiniones normativas sobre lo que es ser viejo y envejecer. Con este estudio se pretende ofrecer una mirada diferente de la vejez, la cual está orientada a comprender el fenómeno del envejecimiento desde la perspectiva microsocial.

Es atractivo abordar el tema de la vejez desde la experiencia individual de los ancianos institucionalizados, donde el sujeto se encuentra ante diversas vivencias que marcan cambios en sus vidas y sobre todo en su percepción sobre esta experiencia concreta de vivir la última fase de su vida. La investigación está estructurada en tres capítulos. El primero analiza el comportamiento y tendencias de la población mundial, con especial

énfasis hacia cambio demográfico en América Latina y México. Este mismo capítulo describe la situación de la población en el estado de Sonora, con la finalidad de contextualizar el fenómeno del envejecimiento.

El segundo capítulo trata algunas consideraciones históricas en torno al proceso de origen de los asilos de ancianos; la historia de los primeros asilos en México, para después adentrarnos en el caso del Juan Pablo II (organismo en el que se desarrolló la investigación). En este mismo apartado se lleva a cabo un análisis general de la población interna del Asilo de Ancianos Juan Pablo II (AAJPII) destacado por grupos de edad y género.

En el tercer capítulo se consignan los resultados más importantes de este trabajo, sobre todo la percepción que tienen los internos sobre su proceso de envejecimiento; aquí las rutinas, horarios, dolencias, enfermedades, desarraigo familiar, la monotonía y la soledad son de especial importancia puesto que muestran que el envejecimiento es experimentado de diversas maneras y no todas ellas de una manera plena; más aún, es posible apreciar que el último tramo de la vida es vivido de forma poco satisfactoria.

En la parte final del trabajo aparece un apartado sobre las conclusiones a las que arriba el estudio. Ahí se puede advertir que la población que reside en el Juan Pablo II no previó las condiciones económicas y afectivas futuras que les permitiesen llevar una vejez satisfactoria y plena. Puesto que nunca existió una cultura para el retiro en ellos. Ante la falta de una solidaridad cultural frente a la vejez, la necesidad se impone a la voluntad del individuo de querer ingresar a una institución asilar.

Cabe aclarar que con los resultados obtenidos pretenden aportar evidencia empírica de cómo es la vida en uno de los asilo más poblados del estado de Sonora, esto es dar a conocer lo que sucede detrás de las paredes del asilo de ancianos Juan Pablo II. Para el estudio se hicieron las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Existe abandono familiar en el asilo de ancianos Juan Pablo II?
- 2.- ¿Cuáles son los motivos para que un adulto mayor ingrese en un asilo de ancianos?
- 3.- ¿Existe un rechazo de la persona hacia la institución?
- 4.- ¿Cómo perciben los residentes sus días en el asilo?
- 5.- ¿Cómo son los días dentro del asilo?
- 6.- ¿Qué papel juega la institución en sus vidas?
- 7.- ¿Cómo es el ambiente dentro?
- 8.- ¿Cómo son las interacciones sociales entre los residentes?
- 9.- ¿Cómo es el vínculo amistoso entre los residentes?
- 10.- ¿Cómo es la relación que mantienen con los empleados?
- 11.- ¿Cómo se perciben a si mismos?
- 12.- ¿Que es lo que para ellos marca su vejez?
- 13.- ¿Como perciben y asimilan la etapa que están viviendo?
- 14.- ¿Cuales son sus limitaciones?
- 15.- ¿Cuáles son sus preocupaciones?

Todas estas preguntas pretenden conocer cómo es la vida en los asilos de ancianos. Se desconoce si el trabajo cumple cabalmente con este propósito, pero queda la certeza de que se realizó un gran esfuerzo analítico por tratar de comprender cómo viven las decenas de internos que habitan en el Juan Pablo II.

CAPÍTULO 1

Tendencias de población: panorama mundial del envejecimiento poblacional

*Todos deseamos llegar a viejos,
y todos negamos que hayamos llegado.*
QUEVEDO

Hablar del envejecimiento a nivel mundial resulta básico para nuestra investigación debido a que este proceso brinda una referencia global respecto de lo que países desarrollados han experimentado y lo que comenzará a experimentar México a mediano plazo. La exploración del panorama del envejecimiento a nivel mundial nos servirá como marco de referencia para comprender el contexto y los desafíos que nos deparan a nivel micro social.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la modificación de dos componentes: fecundidad y mortalidad. En medida que avanza la transición demográfica y se producen descensos en la mortalidad y principalmente en la fecundidad, tenemos como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento de la población y una distribución por edades cada vez más envejecida, dando como resultado un proceso paulatino de envejecimiento de la población. Sin embargo otro factor que influye e impacta en el proceso de envejecimiento poblacional y en la distribución de la población: es la migración; como señala Tamez (2008) "... al emigrar proporciones importantes de población joven y adulta, ello presenta repercusiones directamente en la proporción de adultos mayores en un determinado lugar" (56). Así mismo la migración representa una modalidad emergente que debe ser considerada para el estudio de cambio demográfico de

un país, puesto que acarrea asimetrías sociales y económicas¹ en la población (CONAPO, 2008).

En los últimos años del siglo XX ha habido una modificación en los componentes del envejecimiento poblacional, es por ello que se ha convertido en un tema central de diferentes investigaciones, al mismo tiempo que genera grandes desafíos. La dinámica demográfica atrae cada vez más la atención hacia el envejecimiento poblacional. Los índices demográficos vislumbran una disminución en la fecundidad global. Como sostiene Cabrera (2001) la Fecundidad bajará drásticamente de 5.4 hijos por mujer en el 2000 a 2.7 en el 2050. Aunado a lo anterior, la disminución en la mortalidad como consecuencia del incremento en la esperanza de vida de los últimos años², dan como resultado una baja en la población infantil y joven, al mismo tiempo que incrementa la población en edades avanzadas. De acuerdo con Cabrera (2001: 43) “los países con bajo desarrollo seguirán avanzando en su transición de la mortalidad, incrementando poco más de veinte años su esperanza de vida.”

El envejecimiento poblacional es una tendencia clara. La demografía apunta a un incremento en sectores de edad avanzada a nivel mundial. Según datos de las Naciones Unidas en el 2004, una de cada nueve personas tenía más de 60 años y se estima que dentro de 40 años sea una de cada cinco (ONU, 2004). Para Cabrera (2001), esto significa que la población total envejecida del mundo en el 2050 alcanzará la cifra de 1, 458 millones; 317

¹ Ejemplo de ello es el caso de campo Veracruzano, en donde la migración de los hombres hacia Estados Unidos y Canadá. Genera que las mujeres tomen el rol del hombre y se hacen cargo de cultivar, administrar, sostener a la familia, al mismo tiempo que acuden a las convocatorias de organizaciones campesinas. (véase, http://www.jornadaveracruz.com.mx/Noticia.aspx?ID=100721_131649_532) consultado el 10 de noviembre, 2010.

² La esperanza de vida ha ido aumentado con el paso de los años y al mismo tiempo con el avance de la medicina y de la tecnología. Se estima que en sociedades antiguas de cazadores y recolectores, la expectativa de vida era de 19 años (Beauvoir, 1983). En esta misma línea la paleantropología demostró que en la alta Edad Media la esperanza de vida al nacer no pasaba los 20 años y que el 60 o 70 por ciento de los adultos moría entre los 30 o los 40.

millones en los países desarrollados; 1,026 en los países de desarrollo; y 115 millones en los de bajo desarrollo.

Dicho panorama motiva a una preocupación urgente por tres características. En primer lugar porque a nivel mundial México ocupa el sexto lugar entre los ocho países en vías de desarrollo con mayor población de adultos mayores; los demás países son China, India, Brasil, Indonesia, Pakistán, Bangladesh y Nigeria (Vazquez, 2003). En segundo lugar porque, el envejecimiento seguirá avanzando con mayor rapidez en América Latina a mediano plazo, lo cual significa un menor tiempo para implementar nuevas estrategias y programas que den soluciones a un escenario con demandas emergentes en la población de adultos mayores. Y en tercer lugar por el contexto caracterizado por la pobreza, deficiencia en la asistencia social y seguridad social, así como también la baja cobertura en sus sistemas de pensiones.

En este sentido la ONU³ (2004) llevó a cabo un análisis en los programas a largo plazo que puedan resolver los nuevos retos. Entre los aspectos críticos que precisaron re-evaluación están:

- i. La edad de jubilación.
- ii. Los niveles y tipos de pensiones de jubilación y salud para la gente mayor.
- iii. La participación en la fuerza de trabajo.
- iv. Las contribuciones de trabajadores y empresarios a las pensiones de jubilación y salud para la gente mayor.

³ El 9 de diciembre del 2003 se llevo a cabo en la ciudad de Nueva York, una reunión de expertos de la ONU sobre población mundial. Véase www.un.org/spanish/esa/population/unpop.htm

- v. Las políticas y programas de inmigración, especialmente en relación a las migraciones de reemplazo y a la integración de contingentes importantes de inmigrantes y sus descendientes.

El proceso de envejecimiento se experimenta de diversas formas en cada región del mundo, no solo en función de la etapa de la transición demográfica en la que se encuentre cada país, sino también de la expresión social de este proceso, del nivel de desarrollo, de las circunstancias históricas específicas, las dificultades, desafíos y la velocidad con la que avanza. Para Tamez (2008) lo anterior es un aspecto importante que debe ser considerado al momento de contextualizar un estudio regional relacionado con el fenómeno social de envejecimiento demográfico.

1.1 América Latina: hacia el envejecimiento

Para el caso de América Latina el envejecimiento se observa de forma mucho más acelerada en comparación de los países europeos. De acuerdo con Aranibar (2001) Lo que a los países europeos les tomó entre 150 y 200 años, a América Latina le tomará menos de 40 años alcanzar dicha condición. Entre 1950 y 2000 la mortalidad cayó de una tasa de 15.8 a 6.2 muertes por mil habitantes. En ese período la fecundidad registró una severa disminución pasando de una tasa de 6 a 2.8 hijos por mujer en edad fértil, mientras que la esperanza de vida pasó de 50 a 70 años (Tamez, 2008; Chackiel, 2000).

Así mismo Jorge Brea (2003) resalta el componente de la migración en América Latina, especialmente en las regiones del centro y en la región del Caribe donde la mayor parte de la población joven y adulta es más proclive a emigrar hacia los Estados Unidos.

Las migraciones tanto rurales como urbanas, tienen como consecuencia la pérdida de ingresos de cada comunidad, lo cual deja a los adultos mayores sin recursos para apoyos financieros (Brea, 2003); por consiguiente, aunque la población adulta mayor sea la menos propensa a emigrar, se ve afectada por el resto de la población que migra.

Se estima que en el periodo 2000 y el 2025 a la población de adultos mayores se le sumará 57 millones de personas mayores a los 41 ya existentes, y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. La velocidad con la que aumenta el número de personas adultas mayores será entre tres y cinco veces mayor de la población total de los periodos 2000-2025 y 2025-2050 (CEPAL, 2004,3).

Cuadro 1.1 INDICADORES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000, 2025 Y 2050

Indicadores	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (en miles)	41 284,7	98 234,8	184 070,7
Porcentaje de personas de 60 años y más	8,0	14,1	23,4
Tasa de crecimiento anual	3,5	2,5	...
Porcentaje de personas de 75 años y más	1,9	3,5	7,9
Edad mediana de la población	24,6	32,5	39,4
Índice de envejecimiento ⁴	25,2	60,7	128,2

Fuente: Elaboración propia con información del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, Proyecciones demográficas, 2003.

1 Población de 60 años/Población menor de 15 años.

De acuerdo con los datos del cuadro 1.1 la proporción de personas de 60 años y más, seguirá en aumento; 8% en el 2000, 14.1% en el 2025; y por último, para el 2050 el porcentaje ascenderá a 23.4 %. Respecto a una segunda clasificación que corresponde al grupo de la cuarta edad⁵, que son personas de 75 años y más, el porcentaje pasará de 1,9% a

⁵ Laslett distingue cuatro etapas en el ciclo de vida; esta última alude a la fase de mayor declinación, dependencia y deterioro más acelerado, Chackiel señala que esta etapa en nuestra cultura la podríamos relacionar con la categoría de “anciano”. Véase (Chackiel 2000, 10).

3.5% en el periodo de 2000 a 2050. De acuerdo a este periodo la población de adultos mayores se triplicará, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor (CEPAL, 2004). Otra implicación de este proceso demográfico es la modificación de la edad mediana de la población, pasando de 25 años en el 2000 a 40 años en el 2050; incrementando 15 años dentro de este periodo.

En un intento por captar la heterogeneidad que presenta América Latina en cuanto al proceso de envejecimiento, la CEPAL (2004) clasificó a los países en cuatro categorías, según la etapa en que se encuentran en su proceso de envejecimiento⁶.

1.- Envejecimiento incipiente. Países con porcentajes oscilan entre el 5% y 7% de personas de 60 y más en el año 2000. Y se espera que para el 2050 estos porcentajes asciendan de 15% al 18%. En este grupo quedan comprendidos Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

2.- Envejecimiento moderado. Naciones que cuentan con una proporción de entre 6% y 8% de personas de 60 o más años de edad en el 2000 y para el 2050 se espera sobrepasen el 20%. En este grupo están comprendidos Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Algo característico de de este grupo de países es que tuvieron procesos importantes de modificaciones en la fecundidad entre 1965 y 1990, aproximadamente.

3.- Envejecimiento moderado avanzado. Países que van del 8% al 10% de personas con 60 o más años de edad en el 2000 y para el 2050 se espera alcancen el 30%. En este grupo se encuentra conformado por Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago.

⁶ La clasificación de los países se realizó sobre la base de los valores de la tasa global de fecundidad y del índice de envejecimiento observados en los países de la región en el decenio de 1990. Algunos países podrían cambiar de categoría si los nuevos datos censales corrigen considerablemente las estimaciones (CEPAL, 2004).

4.- Envejecimiento avanzado. Son países pioneros en presentar elevadas tasas de envejecimiento en América Latina sus porcentajes van del 11% al 14% en el 2000 y para el 2050 se espera sobrepasen el 35%. En este grupo están comprendidos Argentina, Uruguay, Cuba y varios países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Barbados, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico).

Analizado lo anterior podemos decir que el proceso demográfico del envejecimiento es heterogéneo, ya que se experimenta de manera diferente en cada región y al mismo generalizado porque un vasto número de países latinoamericanos alcanzarán en 2050 la proporción de adultos mayores de los países desarrollados (CEPAL, 2004).

Para diversos autores (Ham, 1998; Aranibar, 2001; Tamez, 2008) el proceso del envejecimiento tiene una explicación en un contexto histórico y en los mecanismos implicados para la disminución de la mortalidad y la fecundidad. Como señala Ham (1998) más explícitamente, los logros sociales, económicos y educativos que condujeron a la modificación de la dinámica de población en los países latinoamericanos, vienen de la incorporación de patrones culturales y económicos de países desarrollados, que van *“desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales”* (Ham, citado en Aranibar, 2001).

1.2 El envejecimiento demográfico en México

En México se observan dos factores que marcaron la transición demográfica con mayor rapidez. El primero se ubica en los años treinta del siglo pasado (primera etapa de la

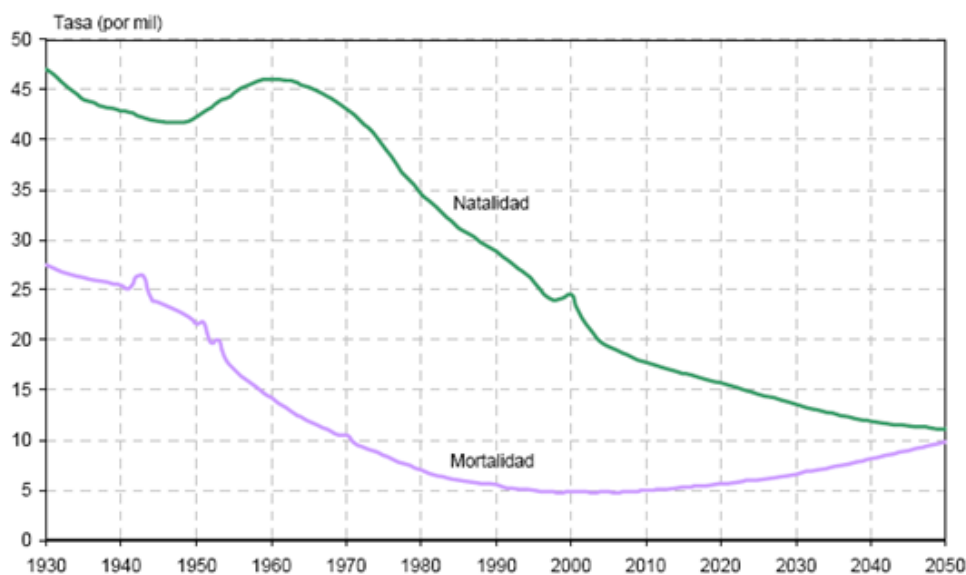
transición demográfica⁷) con el inicio del descenso en la mortalidad y al mismo tiempo con elevados niveles de natalidad, dicho panorama trajo un período caracterizado por un elevado crecimiento demográfico. Traducido con mejoras en las condiciones de salud. En estos años las políticas de población estaban enfocadas a la mejora en los servicios de salud y al combate contra enfermedades infecciosas, junto con la adopción de medidas modernas en la higiene, que se hicieron notar en la disminución de la mortalidad infantil así como también en el incremento en las expectativas de vida de la población adulta mayor (Ham, 2006).

El segundo factor se sitúa en la década de 1960 (segunda etapa de la transición demográfica), cuando se hicieron los primeros ejercicios de proyección de la población aplicando métodos demográficos modernos, mismos que se repitieron en la siguiente década y permitieron abatir el crecimiento explosivo de la población mexicana a través de la planificación familiar y con la ayuda de la anticoncepción moderna. La política nacional de planificación familiar, se centraba básicamente en la reducción de la fecundidad. Los efectos no se hicieron esperar y se manifestaron con rapidez. 15 años después, a finales de los ochenta, la tasa global de fecundidad descendió un 50% respecto a las cifras de los años sesenta. Lo que contrarrestó el crecimiento demográfico del país. Bajo las consecuencias de estos dos factores Ham (2006), señala que el envejecimiento de la población de México es un efecto no previsto y que este se ancló décadas anteriores cuando se buscaba la implementación de programas para la buena planeación social y económica. Es a partir de estos años que se plantaron las bases para un envejecimiento futuro de la población mexicana.

⁷ Para mayor acercamiento a la transición demográfica de México véase (Partida, 2005).

Como podemos ver en la gráfica 1, en 1930 la natalidad era de 47 nacimientos por cada mil habitantes, cifra que disminuyó para las décadas de los cuarenta y cincuenta del siglo pasado, debido a las medidas y mejoras en la salud. Por otro lado la mortalidad era de 27 muertes por cada mil habitantes en 1930. En el periodo comprendido entre 1930 a 1940 hubo un ligero descenso a 25 muertes por cada mil habitantes. El ritmo de la mortalidad dentro de los primeros años de la década de los cuarentas fue en aumento en un ligero lapso de tiempo, para 1945 la mortalidad continuó descendiendo hasta estabilizarse en la década de los 1990 (véase Grafica 1.1).

Grafica 1.1
Transición demográfica de México, 1930-205



Fuente: tomado de las Estimaciones del Consejo Nacional de población, Noviembre de 2004.

Según cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004) en 1960 la natalidad era de 46 nacimientos por cada mil habitantes, para el año 2000 descendió a 24 nacimientos por cada mil habitantes (véase Grafica 1.1). En este mismo periodo la fecundidad disminuyó de 7.0 a 2.4 hijos por mujer.

Las estimaciones del CONAPO apuntan que en las próximas cuatro décadas la natalidad en México seguirá en descenso hasta llegar a 11 nacimientos por cada mil habitantes en el 2050. Por su parte el panorama de la mortalidad descendió a 5.0 defunciones por cada mil habitantes en el 2006 y se espera que aumente a 10.4 en el 2050. Este aumento en la tasa de mortalidad se producirá por el incremento en la población de adultos mayores, los cuales propiciarán un mayor número de defunciones, a pesar de que la esperanza de vida seguirá en aumento.

De acuerdo a la misma fuente, actualmente residen en México 8.2 millones de personas de 60 años o más de edad, y en el 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán 36.2 millones. Esto se manifestará en el aumento en el porcentaje de adultos mayores en las próximas décadas: la proporción de adultos mayores en el 2005 fue de 7.7%; se incrementará a 17.5% en el 2030 y llegará a 28.0% en el 2050. México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños. Actualmente, por cada 25 personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años, en menos de 30 años (2034) habrá la misma cantidad de niños y de viejos, mientras que en 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños (CONAPO, 2004).

En cuanto a la fecundidad se prevé que disminuya a nivel de reemplazo demográfico de 2.4 hijos por mujer en el 2000 a 2.1 hijos por mujer en 2005 y continúe descendiendo hasta estabilizarse en 1.7 a partir de 2030. Por otro lado la esperanza de vida para el 2050 se incrementará de 73.1 años a 83.7 en los hombres, y de 73 años a 85.5 en las mujeres. Así mismo las tasas de migración internacional permanecerán invariables durante las próximas cinco décadas. (Partida, 2001).

Visto por entidades, los estados que encabezan una fase avanzada en el envejecimiento son el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán,

Veracruz y San Luis Potosí. Sin embargo algunas de estas entidades los índices de envejecimiento son más elevados debido a la emigración, como el Distrito Federal, Zacatecas y Oaxaca (CONAPO, 2004). En estos estados se observa un envejecimiento demográfico atípico en el cual la población se compone de niños y adultos mayores.

De esta manera se espera que la tercera etapa de la transición demográfica se complete a mediados del presente siglo, como señala Tamez (2008) la historia demográfica de México tiene efectos evidentes, puesto que la población mexicana inicia el presente milenio con una tasa de crecimiento similar a la de inicio del siglo XX, pero esta vez con una población siete veces mayor.

El cambio significativo en las estructuras de edad se traducirá en fuertes impactos de relevancia social y política en el país; así mismo las presiones del envejecimiento de la población se intensificarán, presentando mayores retos que resolver. Principalmente para el aparato productivo y los recursos para afrontar los rezagos en la salud y la educación de la población (Castillo y Vela, 2005). En esta misma línea Ham (2003) señala que el envejecimiento de la población en México significa, por un lado menos tiempo para construir y adaptar los sistemas económicos, sociales, de salud y de seguridad social, a las circunstancias de un proceso más rápido y con menor imprevisto. Y por otro lado, considerando que no se han contado con las mismas oportunidades para la acumulación de recursos que requiere el desarrollo, por lo tanto el subdesarrollo de México se agrega ahora a la etapa de la vejez.

El reconocimiento del envejecimiento como problema en México, surge de la revisión bibliográfica sobre los problemas que han experimentado los países desarrollados y envejecidos, así mismo el autor advierte que no se trata de imitar formas de actuar, sino de observar las partes del proceso de envejecimiento y las características que tienen

similitud con procesos anteriormente experimentados; para así crear un diagnóstico propio y al mismo tiempo generar conceptos, referencias, metodologías y conocimientos que sean de apoyo para enfrentar el problema del envejecimiento (Ham, 2003).

En un intento por indicar algunos de los problemas de mayor relevancia que acarrea el envejecimiento en México Ham (2003: 38) señala los siguientes:

- La insuficiencia financiera y actuarialmente deficitaria de la seguridad social y los sistemas de retiro y pensiones;
- La fragilidad en las condiciones de salud de la población envejecida y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, imponiendo la necesidad de modificar los sistemas de salud;
- La transformación en la estructuras familiares y de los hogares conformados cada vez con más miembros envejecidos y menos familiares en edades juveniles y de la infancia;
- Las necesidades de transferencias intergeneracionales e intrafamiliares ante las fallas o simple inexistencia de los sistemas públicos de apoyo a la población envejecida;
- La feminización del envejecimiento, referida a las condiciones físicas, económicas y sociales, con las que las mujeres llegan y pasan por la vejez en comparación con los hombres;
- La vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos.

De tal modo, el mismo autor demuestra que el envejecimiento en México deja de ser sólo un proceso demográfico y comienza a ser un problema social, por lo tanto su entendimiento en términos socioeconómicos y de la salud, así como la prevención y búsqueda de soluciones ante los desafíos que impone, se convierten en una necesidad moral, social y política. Cuya potencialidad exige contar con los recursos necesarios para evitar el colapso de la seguridad social, transformar los sistemas de salud, adecuar la actividad económica, prever los nuevos patrones de demanda y consumo de bienes y servicios, proteger el bienestar de la familia y redefinir los conceptos sociales, políticos y culturales en torno a la vejez (Ham, 2003).

1.2.1 Aspectos sociales del envejecimiento en México

Haciendo un recuento de décadas pasadas y de acuerdo con algunos autores (Ham, 2006; Partida, 2005; Castillo y Vela, 2005; Tamez, 2008) el envejecimiento en México es el resultado del avance social y económico que incrementó la esperanza de vida y de una política de población que disminuyó la fecundidad. Así mismo los tiempos en que se sucedieron estos hechos se traducirán a una acumulación absoluta y porcentual de personas en edades avanzadas, de tal manera, será una de las características principales del presente siglo. En México el fenómeno del envejecimiento genera una preocupación cada vez mayor frente a las necesidades y problemas de los adultos mayores. A pesar de que en otros países se manifiesta desde el siglo XIX, en nuestro país comenzó a cobrar interés en las dos últimas décadas del siglo XX (Ham, 2006).

El fenómeno del envejecimiento no sería tan preocupante si tuviésemos la seguridad de que el sistema de pensiones alcanzará para satisfacer a este grupo etario, que aun a pesar de la edad de retiro los adultos mayores seguirán participando en programas de recreación y que contarán con servicios de seguridad social. Según el Censo del 2000, solo el 33% de las personas de la tercera edad tiene derecho a jubilación, el 24% de los ancianos y 36% de las ancianas no sabe leer ni escribir y el 30% trabajan principalmente en el sector primario o por cuenta propia en empresas familiares (Vazquez, 2003).

Una cuestión preocupante es la demanda que implicará en los servicios de salud, según los datos estadísticos revelan que la infraestructura de servicios médicos y de salud está lejos de ser la ideal, de acuerdo con el INEGI (2005) 52% de la población de 65 años y más no es derechohabiente de alguna institución de seguridad social (Tamez, 2008).

Así mismo Ham señala, que los sistemas de seguridad social deberán adaptarse a las crecientes demandas de la población envejecida, al igual que a los nuevos perfiles epidemiológicos de enfermedades crónicas e incapacidades, labor que demandará recursos no previstos (Ham, 2006). Por otro lado, los padecimientos de la población adulta tienden a concentrarse en males crónico-degenerativos. Ello generará un reto todavía aún mayor debido a que estas enfermedades son de más larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos y de mayor duración.

La feminización de la vejez es un aspecto importante que hay que mencionar, puesto que la mayor parte de la población de edad avanzada está constituida por mujeres. Las tasas de mortalidad masculinas demuestran que los hombres mueren más que las mujeres en todas las edades, lo cual propicia que en edades avanzadas predominen mujeres. Analizando la situación económica de las mujeres de 60 y más de edad, encontramos que se encuentran en mayor desventaja y vulnerabilidad, se observan las mayores tasas de

analfabetismo y menores grados de escolaridad, son quienes no han adquirido derechos de seguridad social de trabajos formales, y en su mayoría cuentan con pensiones por viudez, o bien las que si trabajaron en edad productiva, tuvieron sueldos menores y por lo tanto su pensión es de menor presupuesto. (Ham, 2003).

Según el CONAPO (2004) una cuarta parte de las personas con 60 años o más que sigue trabajando no recibe ningún ingreso por su trabajo; otra cuarta parte recibe menos de un salario mínimo; y otra cuarta parte recibe entre uno y dos salarios mínimos. Esto constituye un indicador de la precariedad de empleo entre los adultos mayores (CONAPO, 2004). Los elevados porcentajes de personas que trabajan por cuenta propia o sin paga, con empleos informales y bajos ingresos, no consolidan un logro positivo de una vejez productiva; sino un resultado de la penuria en cuanto a la cobertura, suficiencia y sostenibilidad de los sistemas de pensiones y el que gran número de los sistemas de pensiones este en crisis (Rofman y Lucchetti, 2006), convierte a los adultos mayores en vulnerables y a una alta proporción en dependientes de sus familiares o en todo caso se ven obligados a seguir trabajando ya que la mayor parte de las pensiones asignadas por las instituciones de seguridad social son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de esta población (Tamez, 2008).

Ante un panorama de insuficiencias en la seguridad social y demandas cada vez mayores en materia de servicios de seguridad social, se observa que el peso de los problemas del envejecimiento recae en el seno familiar la cual resulta la opción más viable y en algunos casos como la única (Ham, citado en Tamez, 2008). Según Ribeiro (2000) el envejecimiento se encuentra estrechamente ligado al tema de la seguridad social tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo; en la sociedad actual, seguridad social y familia son las instituciones básicas de apoyo para este sector de

la población, sin embargo habrá que estudiar las relaciones entre estas dos instituciones y la población envejecida, para así poder avanzar en materia de desarrollar sistemas de bienestar para cubrir las necesidades de los adultos mayores y así aminorar la responsabilidad de la familia de brindar recursos económicos.

En esta misma línea Rodríguez (1999) señala que los apoyos sociales o institucionales otorgados por el Estado son insuficientes, aunque estos pueden disminuir las responsabilidades familiares y contribuir a una mejor calidad de vida de los adultos mayores, el autor añade que tendrán que mejorarse a futuro. Para Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007) es importante incorporar la cuestión que describe Rodríguez (1999) de la decreciente inserción de las personas adultas mayores a residencias de ancianos, asilos o albergues. Ante la decreciente inserción habrá que preguntarse dónde prefieren vivir la vejez, ya sea con familiares o solos, en lugar de asistirse en asilos o residencias para la tercera edad, ya que la reducción del presupuesto en las políticas sociales ha convertido a estos lugares casi indeseables. Sin embargo, a pesar de ser pocas las personas que ingresan a las llamadas residencias de la tercera edad, casas-hogar o asilos, se generan varias interrogantes y trasfondos en las relaciones sociales y familiares que llevaron a los adultos mayores a ingresar a estos lugares y a preguntarnos cómo es la vida dentro de ellos. Línea principal de la presente investigación que queda abierta en este capítulo para ser retomado con mayor profundidad en los próximos capítulos.

1.3 Dinámica demográfica en Sonora (1940-2050)

En este apartado revisaremos los principales indicadores que se derivan de la conjunción de los factores asociados al envejecimiento de la población del estado de Sonora.

En Sonora la mortalidad comenzó a disminuir a partir de 1940, en estos años la tasa de mortalidad se ubicaba en 183 por cada mil habitantes y disminuyó a 82 en 1970; lo que representó un aumento de 15.3 a 16.2 años en la esperanza de vida. Para 1995 los incrementos en la esperanza de vida siguieron ascendiendo hasta colocarse en 70.6 años de vida para los hombres y 76.8 años de vida para las mujeres. En lo que respecta a la natalidad, la tasa bruta empezó a descender en la década de los sesenta, en el siguiente decenio el descenso fue más notorio de 467 por cada mil habitantes a 329 en 1980, hasta llegar a 270 en 1995 (Grijalva, Zúñiga y Zupo, 2007).

En el caso de Sonora la reducción de los niveles de fecundidad y mortalidad se hacen más evidentes a partir de 1970, cuando se inicia la transición de la fecundidad, etapa que corresponde a la penúltima fase de la transición demográfica. A partir de esta fecha y en las siguientes décadas se darán la conjunción de la mortalidad y fecundidad dando origen a la transformación de la estructura de edades de la población y al mismo tiempo abriendo paso al envejecimiento poblacional.

La tasa global de fecundidad en los años setenta era de 6 hijos por mujer, la cual se redujo a 2.6 para el año 2000. De acuerdo a las proyecciones de población se continuará descendiendo, incluso por debajo del nivel de reproducción de la población; en el 2050 alcanzará un nivel de solo 1.8 hijos por mujer. Actualmente la tasa global de fecundidad en

Sonora es de 2.5 hijos por mujer. La edad mediana de la población de Sonora es de 25.7 años, y pasará a 32.8 años en el 2025 y a 41.0 años en el 2050 (Canales y Montiel, 2009).

En la tabla 2 se puede observar una comparación más visible del descenso de la fecundidad y el aumento de la población en edades avanzadas. En 1970 habitaban en Sonora 35.2 mil personas de 65 años y más de edad, cifra que representaba solo el 3.2% del resto de la población. Los menores de 15 años representaban el 46% de la población; este crecimiento fue una consecuencia de los elevados niveles de fecundidad. Treinta años después de la transición de la fecundidad, en el 2005, aún no se había modificado el balance demográfico y para ese año la población de la tercera edad solo representaba el 5.6% de la población. A pesar de que la población infantil llegó a la cifra de 750 mil personas, redujo su participación 30.8% del total de la población. Lo que hay que resaltar es el incremento de la población de 15 a 39 años, que pasa de 400 mil habitantes en 1970 a casi 1 millón en el 2005.

Cuadro 1.2 Sonora, 1970-2050. Población observada y proyectada, según grandes grupos de edad.

Grupo de edad	1970	1990	2005	2025	2050
Total	1,098,610	1,834,113	2,385,149	2,938,809	3,340,188
Niños (0-14)	505,804	661,444	734,559	640,963	582,513
Jóvenes (15-39)	401,570	802,211	997,965	1,140,973	1,045,077
Adultos (40-64)	156,020	296,409	520,115	857,808	1,080,437
Tercera Edad (65 +)	35,216	74,050	132,510	299,065	632,161
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Niños (0-14)	46.0%	36.1%	30.8%	21.8%	17.4%
Jóvenes (15-39)	36.6%	43.7%	41.8%	38.8%	31.3%
Adultos (40-64)	14.2%	16.2%	21.8%	29.2%	32.3%
Tercera Edad (65 o +)	3.2%	4.0%	5.6%	10.2%	18.9%

Fuente: tomado de Canales, Alejandro y Montiel, Israel. En perspectiva del envejecimiento de la población en el estado de Sonora. Una visión al 2050. Con base en: Censo de población y vivienda de 1970 y 1990, INEGI. 2005: II conteo de población y vivienda 2005; INEGI.

Para el año 2050 se esperan cambios de mayor envergadura en cuanto a la composición de la sociedad se refiere. La población infantil no sólo reducirá su participación relativa de 31% a 17.4% del total, sino que además se reducirá en términos absolutos, pasando de 734 mil niños en el 2005 a 582 mil en el 2050. Por otra parte la población de adultos mayores, en términos absolutos se triplicará en los próximos 45 años representado el 19% del total de la población (Canales y Montiel, 2009). De acuerdo a estas proyecciones, para el año 2050 el envejecimiento de la población en Sonora habrá alcanzado el mismo porcentaje que la población menor de 15 años (ver cuadro 1.2).

Según Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007), las regiones⁸ Centro, Río Sonora y San Miguel, Sierra Alta, Sierra Centro y Sierra Sur son las que experimentan un proceso más acelerado de envejecimiento que el resto del estado. En cuanto a las regiones del Desierto, Frontera Centro, Frontera Norte, Hermosillo, Guaymas-Empalme y Yaqui y Mayo experimentan procesos de envejecimiento menos acelerados, a pesar de agrupar a nueve de cada diez adultos mayores. Así mismo, tanto zonas con mayor envejecimiento como con menor envejecimiento tienen sus ventajas y desventajas. Por una parte, en las de mayor envejecimiento coinciden con ser zonas con mayor rezago económico y las personas adultas mayores tienen dificultades para acceder a servicios médicos y para sostenerse económicamente. Una de las ventajas de estas zonas son que pueden beneficiarse de las redes de apoyo comunitarias y familiares, que aun permanecen en estas zonas donde la vejez es concebida aparentemente como una etapa de gran valía social. Por otro lado en las regiones menos envejecidas, en zonas mayormente urbanas, los adultos mayores tienen acceso más variado a los servicios de salud, a un mercado laboral más amplio y

⁸ De acuerdo con la información censal utilizada por Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007) Sonora se divide en 12 regiones: Desierto, Río Altar, Frontera centro, Frontera Norte, Río Sonora y San Miguel, Sierra Alta, Hermosillo, Centro, Sierra Centro, Guaymas-Empalme, Yaqui-Mayo, Sierra Sur.

diversificado, puede abrir expectativas de un aporte económico proveniente de familiares más jóvenes, o en los mismos ingresos de los adultos mayores. Las desventajas radican en las percepciones desfavorecidas que se construyen en zonas urbanas respecto a los ancianos, y en el debilitamiento de los lazos familiares, en cuanto al apoyo y la atención derivados de esta etapa (Grijalva; Zúñiga; Zupo, 2007).

El estado de Sonora es considerado por el CONAPO (2001) como una entidad que presenta una etapa de transición muy avanzada. A pesar de que el tránsito hacia el envejecimiento demográfico todavía está en proceso de gestación, se espera que dentro de dos o tres lustros sea más notorio. En la entidad, las proyecciones estiman que el crecimiento de las y los adultos mayores será superior a la del resto del país. En esta medida “se deriva la relevancia de conocer y prever la situación específica de las personas mayores” (Grijalva; Zúñiga; Zupo, 2007, 123).

1.4 Adultos mayores en Hermosillo: una aproximación

La capital del estado (Hermosillo) es considerada como una ciudad industrial incipiente que “se afianza como la urbe periférica de la región Sonora-Arizona que reúne condiciones para operar proyectos estratégicos transnacionales de ciudades globales y acoger en su territorio a grandes firmas” (Basurto, 2009). Así mismo existe un constante desplazamiento de zonas rurales a zonas urbanas por diversos motivos. En un estudio sobre la condición de los adultos mayores en Sonora Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007), demuestran que el envejecimiento de zonas rurales; las cuales clasifican en región centro, Río Sonora, San Miguel, Sierra Alta, Sierra Centro y Sierra Sur, está asociado a las emigraciones hacia las

zonas costeras y fronterizas en los últimos cincuenta años. Ya que muchas de las personas que emigraron lo hicieron en edad reproductiva, desplazadas por el decaimiento de las actividades económicas de su lugar de origen. Fueron atraídos por el desarrollo de la agricultura y agroindustria de Hermosillo, los valles del Yaqui y Mayo, y después hacia la industria maquiladora de exportación en los municipios fronterizos. Por consiguiente estas zonas presentan un envejecimiento a consecuencia de la disminución paulatina pero constante de sus habitantes. Lo que explica baja poblacional con respecto al resto de la entidad.

Según datos del Censo 2010 (INEGI, 2010), Hermosillo cuenta con una población 59, 693 de personas con 60 o más años de edad, de los cuales 27,697 son hombres y el 31,996 son mujeres. Al ser Hermosillo la capital del estado de Sonora tiene el mayor número de adultos mayores que el resto de los municipios del estado, ya que su población total de habitantes supera a la de los otros municipios pertenecientes al Estado de Sonora. “La mayoría de los adultos mayores vive en el medio urbano; pero la población de las localidades no urbanas está más envejecida” (CONAPO, 2004). Al comparar el porcentaje de adultos mayores de Hermosillo con el porcentaje de los demás municipios nos indica la existencia de más adultos mayores en otros municipios pertenecientes al estado de sonora. Esto significa que existe más población joven en el municipio de Hermosillo, sin embargo existen en mayor medida zonas rurales con mayor número de adultos mayores.

El porcentaje de adultos mayores en Hermosillo es 7.6% cifra que representa un envejecimiento paulatino, con respecto a otros municipios de Sonora, como es el caso de Navojoa que tiene el 10.5 %, seguido del 9.6% para Guaymas y Cd. Obregón. Estos tres municipios son los que tienen la mayor proporción de adultos mayores en el estado de Sonora. Visto por género, las mujeres tienen una mayor proporción en el envejecimiento en

Sonora; en ocho de los municipios más poblados del Estado de Sonora la población femenina supera a la población masculina.

Cuadro 1.3 Total de adultos mayores de los municipios mas poblados del Estado de Sonora por sexo y porcentaje

Municipios mas poblados en Sonora	total de 60 y mas	Hombres	Mujeres	% de adultos mayores
Hermosillo	59 693	27 697	31 996	7.6%
Cd. Obregón	39 471	18 601	21 097	9.6%
Guaymas	14 368	6 954	7 414	9.6%
Navojoa	16 594	8 024	8 570	10.5%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del II Censo de Población y Vivienda 2005.

Visto desde el punto económico la condición de las mujeres es de mayor desventaja y de vulnerabilidad, ya que la mayoría de las mujeres no laboraron y cuentan con pensiones por viudez o bien en caso de si haber laborado el sueldo era menor y por lo tanto su pensión también. Sin embargo, para las que llegaron a tener hijos la situación de vulnerabilidad cambia; sin embargo este aspecto cambia para los varones (padres) en edad avanza, puesto que se da una cercanía mayor de los hijos con la madre, siendo este lazo un aspecto cultural de nuestra sociedad. (Valdez, 2008).

Al ser Hermosillo considerada como una zona urbana las desventajas para los adultos mayores radican en las percepciones desfavorecidas que se construyen alrededor del imaginario colectivo de los ancianos y en el resquebrajamiento de los lazos familiares. Si bien es cierto que el grupo de población envejecida, es vulnerable por sus condiciones físicas. Aunado a esto le sumamos que la mayor parte de la población de la tercera y cuarta edad es dependiente económicamente.

De esta manera, continuamente se define a la vejez desde rasgos que connotan características perjudiciales de este periodo de la vida (Valdez, 2008). Entonces, la construcción social que establece que la vejez es en sí es un estado de dependencia, no sólo impacta a la definición de vejez como decrepitud, sino además coloca al adulto mayor en una situación desfavorable.

CAPÍTULO 2

Sobre los asilos de ancianos

Este apartado tiene como objetivo general proporcionar datos sobre el origen de las instituciones para ancianos en México, también conocidos como asilos de ancianos. Con base en esta información se podrá tener mayores elementos para la caracterización del estudio de caso que tratamos⁹.

2.1 Consideraciones históricas en torno al proceso de origen de los asilos de ancianos

Las instituciones de ancianos o asilos de ancianos, constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido «dar cobijo», «custodiar», «recluir» a individuos con fines dispares que van del socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo (Barenys, 1990).

Encontramos que la noción del asilo es sumamente antigua. Platón, en su obra *La República* admite que la vejez tiene sus debilidades y prevé para ella lugares de descanso. Curiosamente en Grecia, a partir del siglo VII, es el primer lugar donde se habla de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos necesitados (Olguín, 2000). Su origen se asocia fundamentalmente a prácticas de carácter religioso llevadas a cabo en la civilización griega. En la cual el privilegio del asilo se ejercía en los templos, altares y

⁹ La literatura sobre la historia y evolución de los asilos de ancianos en México no es abundante. La revisión que se llevó a cabo ubicó unos cuantos textos, de entre ellos el más importante es de Olguín (2000) que trata el tema de la atención a los ancianos en asilo y casas hogar de la ciudad de México, en el cual retoma el proceso histórico sobre el origen de los asilos en México.

monumentos erigidos a los dioses, ya que eran considerados lugares sagrados y por lo tanto inviolables. El asilo perduró en Grecia durante mucho tiempo, aun después de la conquista de los romanos. Es aquí donde los romanos establecen una primera caracterización del anciano al que consideran como un ser débil, incluso en los hospicios poco se diferenciaba de mendigos, lisiados y enfermos.

Podemos apreciar que en estas civilizaciones se tenía una idea de retiro en la vejez. En la Edad Media los germanos, escandinavos y celtas asumen de manera diferente la vejez. En la primera fase de esta, la familia los podía auxiliar y en la segunda fase poco podía hacer la familia por ellos. Es entonces cuando los ancianos que tenían dinero y podían, pagaban un monasterio poniendo en salvación sus últimos días, alejándose del desprecio que generaban. “Con esta decisión se marca una pauta importante en la historia de la vejez, ya que por un lado se introduce la idea de una ruptura fundamental en la vida humana ayudando a que se tome conciencia de la particularidad de la vejez; por el otro, esta se identifica con el cese de actividad, con la ruptura con el mundo profesional, y el término retiro, se irá cargando poco a poco de diferentes sentidos” (Olguín, 2000: 114).

En contraparte los líderes romanos también podían retirarse a sus tierras a pasar tranquilamente el resto de sus vidas, sin embargo no se desprendían de sus amigos y familia ni de sus propiedades; eran ellos quienes estaban a cargo de estas. Esta condición no era comparable con el aislamiento que representaba el monasterio, el cual implicaba la ruptura con el mundo. Este es el primer esbozo del asilo de ancianos, que al mismo tiempo era gueto y refugio. Así surge la concepción moderna de aislamiento de los viejos y se le da raíz del desligamiento de generaciones.

La idea de retiro voluntario en la vejez se sigue expandiendo en el siglo VII y principalmente IX (Olguín, 2000), con el auge de los monasterios en donde se recibían a los

ancianos. Los monjes se ven beneficiados con las donaciones de ancianos ricos retirados, pues podían tomar beneficio de las instalaciones que les eran donadas. Sin embargo para los ancianos pobres el retiro en un monasterio no era una posibilidad. Hasta el siglo XIX este será privativo para los privilegiados. El pobre debe continuar trabajando mientras sus fuerzas se lo permitan y después su comunidad familiar lo mantendrá. Si vive solo, su situación lo llevara a ser catalogado dentro de la mezcla indistinta de inválidos, enfermos, huérfanos, locos y pordioseros de todas clases. (Olguín, 2000).

Podemos darnos cuenta con base a lo anterior que no existía una diferenciación de la vejez con respecto otros grupos, es a partir del siglo XI que los documentos ya empiezan a hablar de forma concreta sobre la vejez, la descubren y buscan sus causas y sus remedios (Olguín, 2000).

La mayor parte de asilos, hospitales, casa de retiro eran atendidos básicamente por personas religiosas, quienes creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, esta fue su idea central y motivo de origen. La historia de los asilos está estrechamente ligada a la historia de los hospitales y de una manera más general a las obras de caridad y de orden religioso. Si bien ha sufrido algunas modificaciones vemos algunas similitudes con la idea moderna de asilo que conocemos:

Habría, pues, que situar los asilos de ancianos y las residencias de hoy en la corriente de los grandes movimientos sociales: representaciones colectivas, valores culturales en proceso de consolidación, opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Ellas han creado esos «enclaves» para personas que, por diversas razones, no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Las instituciones asilares se proyectan, por tanto, sobre el telón

de fondo de la asistencia tradicional a cargo del grupo primario familiar cuyo relevo toman parcialmente; al mismo tiempo tratan de paliar un problema social de mendicidad, vagabundeo y de inestabilidad del cuerpo social que la presencia abundante de «marginados» provoca. (Barenys, 1993: 156).

2.1.1 Historia de los asilos en México

En la Conquista y la Colonia de México predominaban las creencias religiosas sobre la realidad del mundo, la estructura social se basa en la propiedad privada y el concepto medieval de las clases sociales choca de frente con el mundo indígena. Esto constituyó el principio de la asistencia privada, con la aparición de la peste en América trajo la combinación de viejas y nuevas enfermedades, lo cual dio resultados desastrosos agravados por la falta de albergues definitivos tanto para españoles como indígenas.

Para estos problemas surgió como respuesta la idea cristiana de los hospitales. Conforme las órdenes religiosas penetraban cada vez más en América se extendía la obra hospitalaria, así de este modo cada convento venía a ser un hospital en donde se atendían las necesidades de los enfermos pobres básicamente.

Fue con la conquista de la gran Tenochtitlán donde los conquistadores pensaron en hacer una ciudad tipo español, principalmente por sus instituciones. En este periodo el hospital adquiere un carácter más institucional y poco a poco va dejando de lado el sentido de la caridad. Pues ya no sería hospedería, ni hogar para necesitados, sino básicamente un sanatorio para enfermos. Para el siglo XVII el hospital había crecido y en su organización se contemplaban tres aspectos: el religioso, el administrativo y el clínico. Se atendían a españoles e indígenas de todas las clases, con excepción de enfermos de lepra y sífilis. Esto

constituyó una condición importante porque se comenzó a dar un lugar a cada problema y cada enfermedad. En el siglo XVIII se pasó del virreinato al México independiente sin modificarse su finalidad.

La labor de Vasco de Quiroga (1470 - 1565) y el Fray Bernardino Álvarez significó una gran aportación para la diferenciación de las condiciones de los indígenas y de los millares de huérfanos, mendigos, ancianos y locos (Olguín, 2000). Con la aprobación de la Corona española, Quiroga destina un albergue definitivo para indios desvalidos y se cuidará a los enfermos. Los ancianos se disuelven en esta población y no son considerados como un grupo aparte. La otra aportación fue la del fray Bernardino Álvarez, quien curiosamente fue uno de los pocos en observar la condición de los ancianos y la falta de asilos para ellos. Generalmente los ancianos eran pobres y vivían de las limosnas que se les daba en la calle. En 1567 fundó una institución que alojara ancianos y locos por igual (Olguín, 2000).

Tal como señala el doctor Bravo Williams (citado en Olguín, 2000), el asilo de ancianos se creó en México al igual como se crean en cualquier otra parte del mundo. El momento de su aparición es el mismo en que el fenómeno social del anciano es significativo como para dar solución a las necesidades que ya no pueden ser cubiertas por la familia, cualquiera que sea la situación. En un principio casi nadie se enteraba de los hechos que el fenómeno producía, conforme aumenta el número de ancianos, estos hechos se multiplican y comienza a tomarse conciencia social de su condición.

En México los primeros asilos se encuentran a cargo de las órdenes religiosas y según el Dr. Bravo Williams el más antiguo es el de la llegada de la congregación española

Hermanitas de los Ancianos Desamparados, quienes provenían de España y que fueron solicitados por la Señora Luz Romero en 1899.

En el siglo XIX, con la Reforma y la guerra de Independencia y las conmociones sociales, la asistencia queda paralizada por un lapso de un siglo; se rompen los antiguos moldes de “caridad”, se proporciona a los ancianos una atención sostenida por el estado. Así nace la asistencia pública. El concepto de Beneficencia Pública se mantiene durante todo un siglo y se prolonga buena parte del Porfiriato. Es hasta el año de 1910 en que se establece oficialmente la Asistencia Pública.

La importancia de retomar el aspecto histórico de las instituciones asilares radica en que no se puede dejar de aludir a los orígenes y evolución de las instituciones asilares, puesto que ciertas peculiaridades de sus primeras manifestaciones persisten en cuanto a la mentalidad y los condicionamientos culturales que prescindieron su alumbramiento, alimenta muy sutilmente en su persistencia actual. Para Barenys (1993) el movimiento cultural que han creado las instituciones de ancianos, viene siglos atrás en los inicios de la edad moderna.

2.2 Sobre el Asilo de Ancianos Juan Pablo II

El Asilo de Ancianos Juan Pablo II (AAJPII) cuenta con una población adulta mayor numerosa, incluso es la institución de asistencia a las personas de la tercera y cuarta edad con mayor número de residentes en la capital del estado. Su población comparte una buena cantidad de rasgos comunes (escolaridad, estado civil, lugar de origen y ocupación

previa). En este apartado se analiza la información recuperada sobre los internos del AAJPII.

2.2.1 Historia sobre los inicios del Asilo de Ancianos Juan Pablo II

El origen del AAJPII se remonta al año de 1936 cuando el Sr. Matías Cazares en la banqueta de su negocio particular -Botica Cruz Roja, hoy conocida como Cruz Rosa- en la calle Serdán, de la Cd. de Hermosillo, les daba de comer a indigentes que llegaban a pedir ayuda. Años más tarde, el Sr. Cazares le solicitó al Gobernador del Estado, el Gral. Jesús Gutiérrez Cazares (1935-1937) que les donara una propiedad que se utilizaría de albergue y comedor para los necesitados. Así nació con el nombre de “Asilo de Mendigos de las Damas de la Caridad”, que estaba ubicado en las calles Matamoros y Durango, de la capital del estado. Por el crecimiento de los internos esas instalaciones fueron insuficientes en un periodo de 10 años, ya para entonces el Gobernador Abelardo L. Rodríguez (1943-1948) consiguió que se construyera un edificio en el terreno donado por el Obispo Don Juan Navarrete y Guerrero¹⁰ quien quedó como responsable de la institución a partir de 1946. En 1947 se cambió el asilo a un edificio especialmente construido para esto, situado en las calles Reyes y Jalisco (hoy Reyes y Luis Encinas) solo que ahora se acordó que exclusivamente atendería adultos mayores, por problemas que se salían de control al momento en que los internos no obedecían las reglas de la institución. Esta nueva institución llevó el nombre de “Asilo de Ancianos Juan Pablo II”.

¹⁰ Don Juan Navarrete y Guerrero (1896- 1982) fue nombrado Obispo de Sonora en 1919.

Del grupo de iniciadoras de esta obra cobijada por Don Juan Navarrete sobresale la Srita. Armida Velasco Carpena¹¹, en su honor se estableció la presea que lleva su nombre y fue entregada por primera vez en vida a Don Joaquín Corella, Don Luís Coppel, y Don Enrique Mazón López.¹²

Las necesidades económicas llevaron a la formación de un patronato cuya finalidad fue proveer recursos financieros y apoyos de toda índole para el buen funcionamiento de la institución.

2.2.2 Operación y funcionamiento del asilo

El AAJPII es una institución de beneficencia, en la actualidad, la base legal con la cual opera se fundamenta en los artículos de protección hacia las personas adultas mayores que se consignan en la “Ley de los Derechos de las personas adultas mayores” (2002). En los cuales se exponen los siguientes puntos:

“Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional;¹³

II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la

¹¹ La Srita. Carpena fue catequista y colaboradora cercana de Don Juan Navarrete y Guerrero, quien la nombró directora del asilo de ancianos "Aída S. de Rodríguez", puesto en el cual permaneció por 49 años. Tomado de: (El pitic, 2008).

¹² Los nombres y fechas históricas fueron obtenidos de la página oficial del AAJPII. <http://www.casahogarjuanpablo2.org.mx/>

¹³ Constitución política de los estados unidos mexicanos. “ley de los derechos de las personas adultas mayores” artículo 3º.

protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”.¹⁴

El funcionamiento del asilo de ancianos depende del patronato el cual actúa en función de: “promover la cultura de respeto y ayuda a nuestros adultos mayores”, para poder brindarles un ambiente armónico donde puedan tener una vejez sana, alegre y tranquila, desarrollando su bienestar emocional, físico y social. Su cobertura de acción es regional ya que atiende a personas de diversas partes.

Los servicios que ofrece el asilo de ancianos son de beneficencia que se otorgan a los adultos mayores en situación de total desamparo:

- casa
- alimento
- atención médica
- salud emocional
- salud recreativa
- salud espiritual
- servicio de Estancia

Como puede observarse, los objetivos del Asilo son variados, no solo se concentran en dotar de techo y alimentación a los internos, sino también en proporcionar una atención amplia, que incluye el cuidado emocional y recreativo, pasando por el cuidado de la salud.

La organización interna está a cargo del Patronato y de la directora del asilo, los recursos con los que cuenta el AAJPII actualmente son; humanos, materiales y financieros.

A continuación se describen de manera general cada uno de ellos:

¹⁴ Para un análisis más detallado véase Título Tercero de los Deberes del Estado, la sociedad y la familia. Capítulo único, artículo 6°. , 7°. , 8°. y 9°. De la “ley de los derechos de las personas adultas mayores”.

Recursos humanos

En general se cuenta con 17 personas laborando en el AAJPII, por otro lado también se cuenta con el apoyo de diversas instituciones y personas de las distintas comunidades.

- 1 Contadora
- 2 Enfermeras
- 2 cocineras
- 5 Afanadoras (limpieza)
- 2 encargadas de lavandería
- 1 cuidador por la noche
- 1 Chofer
- 1 Jardinero
- 1 directora (Trabajadora Social)
- Presidenta del patronato

Recursos materiales

- 3 Dormitorios de hombres
- 2 Dormitorios de mujeres
- 1 Cocina
- 2 Comedores
- 2 Estancias
- 1 Capilla
- 1 Almacén de ropa y material de limpieza
- 1 Lavandería
- 1 Guardería
- 1 Consultorio
- 1 Contaduría
- 1 Oficina
- 2 Jardines (exterior e interior)
- 2 Tinas de Hidroterapia
- 1 granja

Recursos financieros

Los recursos con los que cuenta la institución dependen del Patronato y de actividades que se realizan como:

- Colecta Anual en el mes de Noviembre.
- Donativos en especie y voluntariado.
- Cenas, bailes.
- Desfiles de modas.
- Y otros donativos que la misma comunidad u otras instituciones desean ayudar.

En general estas actividades son llevadas a cabo por el Patronato con la ayuda de la ciudadanía. Además de estas actividades, el Patronato cuenta con varios programas de apoyo al Asilo, entre los que destacan los siguientes:

Adopta a un anciano

El objetivo de este programa es ayudar a solventar los gastos mensuales de alguno de los residentes de la casa hogar. De esta manera las empresas voluntarias que desean participar contribuyen con los gastos económicos de alguno de los residentes, acuden a la institución para que el trámite proceda, el asilo entrega un reporte mensual donde detalla el uso dado al importe donado, con una foto adjunta del anciano a quien se beneficia. Las aportaciones son deducibles de impuestos.

Colecta anual de noviembre

Durante dos semanas del mes de noviembre de cada año se realiza este programa, en donde muchos estudiantes participan para “botear” en las calles y recaudar fondos para el asilo y para los adultos mayores que viven en el.

Donativos en especie y voluntariado

Cualquier persona interesada en hacer donativos en especie puede acudir directamente al asilo con la directora de la institución. El apoyo requerido es lo siguiente:

- Verdura
- Fruta
- Carnes
- Pescado
- Pollo
- Artículos de Limpieza
- Pañales
- Azúcar
- Aceite
- Cobijas

2.2.3 Los criterios de ingreso y permanencia del asilo

Se atienden solamente a personas mayores de 60 años (hombres y mujeres) que se encuentren en situación de abandono o bien que sean reportados por la comunidad o la Cruz Roja.

Para poder ingresar al asilo se necesitan cubrir varios requisitos, entre los que figuran:

- Querer permanecer en la institución
- Que la persona que quiera ingresar no tenga familia que lo atienda.
- Estudios de laboratorio.
- Que se valga por sí mismo (de preferencia).
- Estudio socioeconómico (no obligatorio)
- Que exista cupo en la institución.

La única manera de garantizar la permanencia dentro de la institución es que el residente quiera estar dentro, que respete las reglas y los horarios que la institución tiene, de no hacerlo la persona que quiera salir debe firmar una carta donde exponga su deseo de abandonar la institución; una vez firmada esta carta la persona no vuelve a ser aceptada.

2.3 Datos demográficos de la población del Asilo de Ancianos Juan Pablo II

A continuación se presenta un análisis general de la población de internos, destacando su composición por grupos de edad y por género.

2.3.1 Análisis general de la población

Actualmente (2011) el AAJPII tiene una población de 53 personas, preferentemente varones (58.8 %) y menor medida de mujeres (41.5 %). En cuanto a la edad, los internos tienen edades que van de los 62 a los 97 años de edad. Sin embargo se advierte que el grueso de la población se agrupa en el rango de 75 a 79 años, con una edad promedio de 78 años. Si se observa por género, los varones son notablemente más viejos, lo cual es contrario a la composición de las personas de edad avanzada en la entidad, donde las mujeres son más abundantes que los varones. La escolaridad de los internos es notoriamente escasa puesto que 43.4% de los internos no tuvieron instrucción escolar; 37.7% no completó la primaria, solo el 11.3 % realizó la primaria completa y el 7.5 % restante se distribuye entre secundaria y carrera técnica. Esta población tuvo empleo en mayor medida en zonas rurales (30.2%), a reserva de que un gran porcentaje (24.5 %) no específico empleo alguno. Respecto al estado civil de los internos, el 64.2 % se declara

soltero, seguido del 22.6 % que son viudos. Finalmente, los internos han tenido en promedio cuatro años de estancia en el AAJP II.

Cuadro 2.1 Características generales de la población del asilo Juan Pablo II 2011.

Población total	53 personas	100%				
Género	31 Hombres	58.8%	22 Mujeres	41.5%		
Ocupación Previa	16 en área Rural	30.2%	11 en el área Urbana	20.7%		
Promedio de Edad	78 años					
Estado Civil	34 Solteros	64.2%	12 Viudos	22.6%	1 Casado	1.8%
Escolaridad	20 Primaria Incompleta	37.7%	6 Primaria completa	11.3%	23 Ninguna	43.3%
Lugar de Origen	20 Zona Rural Sonora	37.7%	15 Zona Urbana Sonora	28.3%	18 Otros Estados	33.9%

Fuente: elaboración propia, con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

De acuerdo a la información contenida en la tabla se puede afirmar que en la actualidad las personas que atiende el Asilo en su mayoría no tuvieron un trabajo estable y por lo tanto no accedieron a una jubilación o una pensión. Lo anterior, implica una situación económica de muy pocos recursos o en algunos casos ninguno para el sustento propio. Respecto al estado civil, sobre todo soltería y viudez (86.8 %, entre ambos) se puede inferir que los internos no cuentan con vínculos familiares que puedan soportarlos en esta parte de la vida, de ahí que hayan llegado a recurrir de los servicios de esta institución

En cuanto al lugar al lugar de procedencia, los internos nacieron preferentemente en el estado de Sonora (66%), sobre todo en sus zonas rurales (37.7%), pero también existe una abundante proporción de internos nacidos en otras entidades (34%). Conviene abundar

sobre la procedencia de los internos. Una tercera parte de los internos tienen como lugar de nacimiento localidades rurales, lo cual es lógico si se toma en cuenta que el promedio de edad los internos es de 78 años y que por tanto al momento de su nacimiento aún no iniciaba la urbanización en la entidad. Podemos afirmar que la mayoría de los que provienen de zonas rurales o de otros estados del sur preferentemente, migraron a zonas costeras o fronterizas, atraídos por el desarrollo de la agricultura y la agroindustria, así como de la industria maquiladora de exportación en los municipios de la frontera

La educación impacta directamente en la calidad de vida de las personas, enfrentar la vejez con un nivel de instrucción adecuado permite poseer más herramientas para responder activamente y adaptarse a los nuevos retos y oportunidades de esta etapa. El 43.4% de la población del asilo no recibió ningún tipo de educación básica; el 37.7% no terminó la primaria por lo cual tenían que trabajar para ayudar al sustento económico de la familia. Por tal motivo son personas que no asistieron a la escuela y carecen de las herramientas educativas para haber ejercido una profesión en su adultez; por ende son depositarios de los rezagos educativos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edades.

También se cuenta con el registro de la ocupación o la actividad a la que se dedicaban en sus años productivos, sin embargo, esto no significa que todos sus años productivos realizaron únicamente dicha actividad, pero fue la que declararon al momento de ingresar en la institución.

Cuadro 2.2 Ocupación previa de los residentes del asilo Juan Pablo II

Ocupación previa	Frecuencia	Porcentaje
relacionados al campo	14	26.4
relacionados a la minería	1	1.9
relacionados a la pesca	1	1.9
relacionados a la construcción	6	11.3
relacionados al hogar	9	17.0
relacionados al comercio	2	3.8
Otros	4	7.5
no especifico	13	24.5
relacionados a trabajos de oficina	3	5.7
Total	53	100.0

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

En cuanto a la ocupación de los internos, predominan el trabajo relacionado con el campo (26.4 %), seguidas de las actividades relacionadas al hogar (17%). En cierta manera es razonable que así sea puesto que la mayoría de ellos son varones, pero además si se relaciona con el lugar de nacimiento, en donde la mayoría (37.7%) proviene de la zona rural, resulta lógico que los empleos hayan estado relacionado con actividades agrícolas. A reserva que un porcentaje elevado (24.5%) de la población que no especifico su ocupación al ingresar a la institución, lo cual puede atribuírsele a las condiciones físicas o mentales en las cuales llegó la persona. Más aún, podemos suponer que los empleos desarrollados por el grueso de los internos estuvieron situados en los últimos peldaños de la jerarquía laboral, incluso sin prestaciones.

Con base en la información anterior, podemos afirmar que el AAJPII atiende preferentemente personas en desventaja social tanto por el estado civil, excluidos de los sistemas de seguridad social y con escasa escolaridad. Desde aquí, uno de los objetivos del

asilo se cumple cabalmente brindando asistencia social, médica y estancia permanente dentro de la institución.

2.3.2 Tercera y cuarta edad

En la literatura especializada sobre vejez (Aranibar, 2001; Chakiel, 2000; Tamez, 2008) se reconoce dos grupos de edad para la vejez: tercera y cuarta edad. La primera refiere a la etapa activa de retiro, traducido en edad cronológica de los 60 a los 74 años. Mientras que la segunda alude a la fase de declinación que supone mayor dependencia y deterioro más acelerado. Tomando en cuenta esta idea, se procedió a establecer rangos de edad para ver con más claridad la distribución etaria de los internos.

Cuadro 2.3 Rangos de edad por género y porcentaje total por rango de edad

Edades	masculino	femenino	Total	% sobre total
60-64	0	4	4	7.5%
65-69	1	2	3	5.7%
70-74	4	5	9	17%
75-79	9	4	13	24.5%
80-84	6	2	8	15.1%
85-89	6	2	8	15.1%
90-94	5	2	7	13.2%
95 o más	0	1	1	1.9%
Total	31	22	53	

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

Fue conveniente establecer rangos quinquenales de edad para poder mostrar con más detalle la distribución de la población. Se tiene que la edad promedio de la población es de

78 años en general, con una notoria diferencia por género, puesto que los varones son seis años más viejos que las mujeres, 81 y 75 años de edad promedio, respectivamente.

En un análisis general de las edades notamos que la concentración de adultos mayores se ubica en el grupo de 75 y más años de edad, los cuales representan el 69.8%, más de la mitad de la población y el otro 30.2 % oscila entre las personas que tienen de 60 a 74 años de edad.

Siguiendo los conceptos explicados en párrafos anteriores la población que asiste el asilo Juan Pablo II está constituida preferentemente por personas de la “cuarta edad” lo cual significa, un nivel mayor de atención respecto a los cuidados de salud y en la realización de actividades básicas, así como de proporcionar una vida y una muerte dignas. Puesto muchos de ellos ya tienen comprometidas sus capacidades físicas o mentales, por lo tanto demandan ayuda para realizar sus actividades cotidianas, así como requieren el servicio de la institución.

Con el fin de avanzar en el análisis ahora se considera la escolaridad por grupos de edad para observar con mayor detalle las características de la población.

Cuadro 2.4 Grupos de edad y grado de escolaridad

Grupos de edad	Grado de escolaridad					Total
	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria	Carrera Técnica	Ninguna	
Tercera edad	1	5	1	2	7	16
Cuarta edad	5	15	0	1	16	37
Total	6	20	1	3	23	53

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

En el grupo perteneciente a la “tercera edad” se sigue repitiendo el patrón que sean más numerosos las personas con primaria incompleta y las que no fueron a la escuela. Sin embargo se nota una diferencia de dos personas que tienen carrera técnica y 1 caso con secundaria completa.

En la “cuarta edad” es donde se presenta el mayor rezago educativo con un total de 16 personas mayores de 75 años que no tuvieron ningún tipo de enseñanza educativa básica y otras 15 que no terminaron la primaria. Haciendo un total de 31 personas pertenecientes a la “cuarta edad” que no tuvieron o no concluyeron su educación básica. Quizá esto podría estar relacionado a que en aquellos años se contaba con menor número de escuelas así como con mayores limitaciones para desplazarse a los planteles existentes.

3.3.3 Género

Como se dijo que en párrafos anteriores, el AAJPII se constituye mayormente de una población masculina. Si se observa por la edad promedio con respecto al género se advierte que la población masculina es la más envejecida, con una edad promedio de 81 años, mientras que para las mujeres es de 75 años, nótese que ambos se ubican en la categoría de la cuarta edad. Observando las características de esta población tenemos que es una población masculina cuya afluencia de edades recae en el grupo de la cuarta edad, se observa una marcada diferencia en el número de hombres a partir de los 75 o más años de edad. Mientras que en la población femenina está equilibrada en la tercera y cuarta edad. En conclusión tenemos una población mayormente masculina y mayormente envejecida.

Cuadro 2.5 Internos por género y grupos de edad

Grupos de edad	Género		Total
	masculino	femenino	
Tercera edad	5	11	16
Cuarta edad	26	11	37
Total	31	22	53

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

En este sentido presentamos una relación de análisis que van ligados al estado civil de los residentes, los datos demuestran que abundan los solteros y solteras; quienes no llegaron a formalizar una relación de pareja. Los motivos de cada uno en cuanto a por qué esta población se encuentra en estado de soltería no los conocemos, sin embargo este patrón se repite por diferentes motivos que llegan a un mismo resultado. Por lo cual podemos inferir que la mayor parte de la población no tiene familiares directos. Analizando las proporciones sobre el total de la población masculina soltera el porcentaje es de 67.7% y sobre el total de la población femenina de 59% en estado de soltería para ambos géneros; tenemos una diferencia de un 8% por lo que es un tanto equiparable de acuerdo a la proporción de hombres y mujeres, teniendo en cuenta que es mayor el número absoluto de varones. Añadiéndole este factor a la población envejecida tenemos que es una población perteneciente a la cuarta edad y en estado de soltería. Lo cual nos hace pensar que existe una dependencia mayor hacia la institución por la población masculina y en menor medida por la población femenina.

Cuadro 2.6 Internos por género y estado civil

Estado Civil	Género		Total
	masculino	femenino	
Soltero	21	13	34
Viudo	6	6	12
Casado	1	1	2
Divorciado	2	0	2
otra situación	0	2	2
no especifico	1	0	1
Total	31	22	53

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

De acuerdo a las proporciones sobre el total de la población para ambos sexos las mujeres viudas representan el 27% y los varones el 19%. Observamos que ninguna de las mujeres del asilo se encuentra en situación de divorciada, en cambio existe la categoría de “otra situación” que en el caso femenino podría ser madre soltera. Encontramos una situación donde los datos indican que las relaciones de pareja de esta población de adultos mayores fueron frágiles o nulas.

Tomando en cuenta la actividad que los residentes dijeron al ingresar a la institución observamos las actividades por género a las cuales se dedicaban para así mismo para buscar constantes y diferencias de un sexo al otro.

Cuadro 2.7 Género y ocupación previa de los residentes

Ocupación previa	género de los residentes		Total
	masculino	femenino	
relacionadas al campo	14	0	14
relacionadas a la minería	1	0	1
relacionadas a la pesca	1	0	1
relacionadas a la construcción	6	0	6
relacionadas al hogar	0	9	9
relacionadas al comercio	2	0	2
otro	4	0	4
no especifico	3	10	13
relacionados a trabajos de oficina	0	3	3
Total	31	22	53

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

Tenemos que 14 hombres y ninguna mujer se dedicaban a actividades que tenían que ver con el campo, aquí se puede ver claramente que la población que desempeñaba este tipo de actividades era exclusivamente masculina. Tenemos 9 mujeres que se dedicaban al hogar; 10 mujeres y 3 hombres no especificaron la actividad a la cual se dedicaban; y 6 hombres que se dedicaban a trabajos relacionados con la construcción. Se observa una marcada distinción entre los trabajos que desempeñaban el género masculino y los que desempeñaba el género femenino. Para el caso de las mujeres son ellas las que en su totalidad desempeñan las labores domesticas, realizando tareas que en algunos apoyan la salida al mercado laboral de algún otro integrante del hogar.

Con una población donde la principal actividad que desempeñaba eran trabajos relacionados al campo cabe preguntarse sobre el lugar de origen de estas personas. Visto por género se observa que la mayoría de los hombres vivían en una zona rural del Estado de Sonora con un total de 13 hombres; otros 11 son provenientes de otros estados de la

República entre los más mencionados están Durango y Chihuahua. Y otros 7 son de alguna zona urbana perteneciente al estado de Sonora.

Cuadro 2.8 Género y lugar de origen

Lugar de origen	género de los residentes		Total
	masculino	femenino	
Sonora zona rural	13	7	20
Sonora zona urbana	7	8	15
Otro Estado de la República	11	7	18
Total	31	22	53

Fuente: elaboración propia con base en los datos del asilo de Ancianos Juan Pablo II 2011.

Respecto al lado femenino tenemos que a diferencia de los hombres la mayor cantidad de mujeres pertenecen a la zona urbana del Estado de Sonora con un total de 8 mujeres; otras 7 a alguna zona rural y con la misma cantidad de mujeres a otro Estado de la República. Se comprueba que el lugar de origen esta relacionado a las actividades laborales que desempeñadas y con el tiempo en que fueron desarrolladas.

De acuerdo a la información presentada es posible sostener que la población que se atiende en el asilo mayoritariamente proviene del campo, no estableció relaciones de pareja formales, su mayoría pertenece a la “cuarta edad”, no tuvieron un trabajo estable y por lo tanto no accedieron a una jubilación o una pensión. Parecería que uno de los objetivos del asilo se cumple formalmente con de este tipo de internos, puesto que la mayoría de ellos han vivido y viven la vejez sin lazos familiares fuertes y sin recursos económicos propios para afrontar esta etapa de la vida.

Frente a este panorama habrá que preguntarnos sobre los modos de vida de cada uno y las diferentes formas para afrontar una vejez plena. Dentro de esta complejidad habrá que tomar en cuenta que el proceso de envejecimiento no es igual para hombres y mujeres. En cada grupo la situación es diferente, pues se entrecruzan otros elementos como pueden ser el avance de la edad y los problemas derivados de ella. Ante la falta de una solidaridad cultural frente a dicha población, se genera una dependencia de esta población hacia la institución como una necesidad que se impone a la voluntad del individuo.

CAPÍTULO 3

Imágenes de la vejez y la vida en los asilos

*The sun is the same in a
relative way, but you're
older, Shorter of breath and
one day closer to death.*
TIME- PINK FLOYD

Hasta ahora hemos explorado algunos aspectos demográficos de las poblaciones en edad avanzada, sin embargo es importante identificar la capacidad de la sociedad para responder a los desafíos de la vejez a nivel grupal; explicar cómo la vejez es parte de los sistemas sociales o de la sociedad y cuáles son los mecanismos para articular sociedad y envejecimiento privilegiando las corrientes teóricas.

Existe una construcción social en torno a conceptos e imaginarios colectivos sobre la vejez definidos en un pasado y redefinidos en la actualidad por condiciones históricas y sociales. Estas construcciones permean en la concepción del anciano como “sujeto social” y al mismo tiempo se recrean conductas a partir de los estereotipos que les son imputados por el sentido común, generando cambios significativos en los comportamientos de las personas en edades avanzadas y al mismo tiempo marcando una pauta en la participación de los adultos mayores en nuestras sociedades. En cierta medida la sociedad regula los alcances que puede llegar a tener el anciano dentro de la misma, en algunos casos se le es considerado y en su mayoría se le toma en cuenta para llenar estadísticas. Orozco (2006) en un estudio sobre las percepciones de la vejez atribuye que el problema del envejecimiento no solo se queda en los números y porcentajes estadísticos, sino que abarca un nivel micro

social que tiene relación con las historias de vida y gran parte con la percepción que la sociedad pueda tener de los ancianos.

El problema del envejecimiento va más allá de los números absolutos y porcentuales. Tiene que ver con las historias de vida y lo que la sociedad permite vivir y expresar al anciano (Orozco, 2006).

3.1 Hacia una construcción socio histórica de la imagen de la vejez

Eva Muchinik (2006) señala que a finales del siglo XVIII, tras el colapso de la revolución francesa, el viejo y la vejez logran una nueva ubicación en la percepción social como sujetos; adquieren presencia. *El siglo del nacimiento del viejo*, tal como lo denomina Jean Pierre Gutton, aparece la imagen del abuelo, su inclusión en la familia y el rol que le correspondía dentro de ella, lo que significó modificaciones en los discursos acerca del viejo; se propugna una vida activa al final de sus días y en este mismo periodo se proclama el derecho de los viejos como ciudadanos a la vez que se les ofrece una solidaridad entre generaciones y un espacio social. “La imagen de la vejez se transforma, al mismo tiempo, en más tierna y más social” (Gutton, 1988 citado en Muchinik, 2006). En este momento de exaltación de la vejez, surge la imagen patriarcal del siglo de las luces que perduró hasta el siglo XX, relacionando los pocos viejos, que eran considerados protagonistas de la sociedad por ser dueños del patrimonio y del poder.

En el siglo XIX aparece una ruptura de aquella imagen que se había producido con el colapso de la Revolución Francesa, las situaciones modernas de la vida urbana y las nuevas condiciones del trabajo modifican las expectativas de la vejez. Con la sociedad industrial se conduce a un envejecimiento prematuro al mismo tiempo que el tipo de producción de esta época desecha a los mayores.

En este mismo siglo se propició definir la edad cronológica de 60 o 65 años para la entrada a la categoría de “viejos”. En la época del canciller Von Bismark (finales del siglo XIX). Estos parámetros que fueron establecidos, no constituyen más que una convención, pues la mayoría de la población de esa época no alcanzaba los 65 años. Sin embargo es la clase alta la que establece y fija una edad cronológica para el retiro laboral de los ancianos. Es entonces, en los albores de la sociedad industrial donde se cuestiona la carga económica que representan los viejos para las nuevas generaciones, ya que empieza a hacerse notar una disminución en la población activa y se genera una preocupación por el costo de las pensiones destinadas a los trabajadores mayores de 65 años. Se traslucen las preocupaciones económicas que se asocian directamente a la imagen de la vejez. “la vejez se transforma en un problema social” (Muchnik, 2006:45). Comienza a existir una modificación en las relaciones sociales y económicas en todos los niveles a causa del envejecimiento. Para Norbert Elias (1987) el comportamiento hacia con los viejos está formalizado por las tradiciones sociales tanto en sociedades industriales altamente urbanizadas como en las que no lo están. En esta misma línea señala que en las sociedades industrializadas, el Estado protege de la violencia física a las personas de edad, pero al mismo tiempo que van envejeciendo y volviéndose dependientes, se ven más aisladas de la sociedad.

Se observa una ruptura en la imagen de los años dorados de la vejez a partir de las sociedades industrializadas y se genera otro discurso con mayores connotaciones negativas de la condición del anciano como sujeto social a consecuencia de múltiples factores de tipo económico, tecnológico y social.

3.2 Hacia una conceptualización de la vejez: algunos referentes teóricos

Dentro del proceso de complejidad de la estructuración de la sociedad, la diferenciación de este sector ha sido empujada por la formación de significaciones de distinción e identidad de grupo, en algunos ámbitos de la convivencia y de las funciones institucionales públicas y privadas, ha contribuido a la aceleración de un fenómeno de estratificación relacionada con la segmentación bajo los criterios de edad.

La estructuración de la sociedad basada en la estratificación de la edad puede motivar la promoción de reglas de actuación en las entre generaciones y afianzar los tipos de relación hacia los mas envejecidos. Para Aranibar (2001), el ordenamiento de la sociedad que atiende la diferencia de edad ayuda a comprender la vejez, en la medida en que este distanciamiento entre generaciones propicia el establecimiento de reglas de convivencia donde son impuestas las pautas de comportamiento que identifican la vejez.

Por un lado. La edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez. (Aranibar, 2001).

En un nivel de autocomprensión de los grupos sociales como las familias, las regiones o las vecindades que distinguen prácticas para encontrar sentido a ciertos comportamientos dentro de algún sistema de valores tradicionales, algunas creencias o ideología. Para Muchinik (2005) esta autocomprensión se conforma mediante un estereotipo que las ciencias sociales denominan representación social con el propósito de generar imágenes creadoras de sistemas de valores. Para nuestro campo de estudio la

generación de ideologías y creencias no se encuentra tan presente como la creación de sistema de valores.

Si bien el estereotipo de la vejez y de los viejos parece haber perdurado por siglos, caracterizado generalmente por la imagen de la decadencia, se trata en realidad de una construcción social, que las ciencias sociales denominan representación social. Una construcción colectiva generadora de imágenes que arrastran también sistemas de valores, creencias e ideologías...” (Muchinik. 2005).

La sociedad, la historia y la cultura forman representaciones que han sido utilizadas para mostrar la comprensión del fenómeno del envejecimiento, el cual conlleva elementos de diferenciación, pero que, de cierta manera, recaen en estos tres ámbitos (sociedad, historia y cultura). Para Muchinik (2005) La vejez es un proceso de experiencia individual y a la vez una reproducción social o colectiva, la cual es compartida por quienes la viven directa e indirectamente y que da lugar a la producción del imaginario del viaje de la contemporaneidad, girando en torno a la vejez.

Además del reconocimiento de las diferencias del sector de la vejez, la creación de significaciones de identidad, pueden constituirse en elementos determinantes para la formación de escenarios contradictorios en el campo de la tolerancia y de formas de discriminación y exclusión social. Estos elementos de comprensión han servido de base para la identificación de las características de la vulnerabilidad y victimización de la vejez.

Existen diversas imágenes positivas y negativas de lo que significa ser anciano en nuestra sociedad. Las positivas se relacionan a la imagen del anciano que se caracteriza por sus experiencias de vida y se le reconoce como individuo de conocimiento, considerándosele útil en la transmisión de sus conocimientos. La visión negativa se asocia

comúnmente a la vulnerabilidad y a la dependencia física y mental, que connota un individuo en esta etapa de su vida. Para nuestra consideración la existencia de una reproducción social, basada en la construcción histórica generadora de imágenes, es la que complementa las representaciones en torno a la vejez. Para Aranibar (2001) uno de los principales argumentos teóricos que ayudan a comprender la vejez es pensándola como un “agrupamiento social de individuos que actúan en función de la edad”, sin embargo sabemos que la aparición social de la vejez está determinada por convencionalismos sociales los cuales cobran sentido en distintos contextos determinados por el tiempo y el espacio. Es importante mencionar que la formulación de esta aseveración ha pasado por diferentes enfrentamientos teóricos, a pesar que no se ha llegado a un consenso de un paradigma que de cuenta del fenómeno social de la vejez, se han tenido avances uno de ellos es que la vejez ya no es considerada como una enfermedad. En las ciencias sociales existen múltiples formas de entender, explicar y analizar la vejez como fenómeno social.

En una representación negativa de la vejez se percibe al anciano como aquel enfermo, disfuncional, que no tiene nada qué hacer y que se le ve pasando el tiempo en cama, ya que su estado físico en esta etapa de su vida no le permite moverse para realizar actividades físicas que requieran gran esfuerzo. Esto conlleva que en algunos casos los demás o las personas más cercanas a ellos, por ejemplo familiares, asuman su cuidado y su mantenimiento económico. Orozco (2006) señala la carga simbólica que gira en torno a la dependencia funcional y económica de los ancianos en nuestra sociedad, nos percatamos que se le reconoce como un prejuicio construido socialmente. Pues en esta edad las personas se retiran de su vida productiva, se pierde el control de sus decisiones en el seno

familiar, bajo estas dos circunstancias el anciano se vuelve dependiente no solo por sus condiciones de salud física y mental, sino también por la pérdida de su rol social.

La condición de vejez se reconoce comúnmente por construcciones negativas que van desde la enfermedad, el retiro de la actividad productiva, cercanía a la muerte, demencia senil, fealdad-asociada a canas, arrugas, calvicie, pérdida de dientes, encorvamiento- y dependencia, es decir, significa renunciar a una categoría de adulto maduro que puede valerse por sí mismo para asumir paulatinamente la condición de pérdida de salud mental y física en la que no se tiene control de sus decisiones. Este salto provoca temor y se presenta resistencia a reconocerse como viejo o anciano. Para Reyes (2006) en un análisis sobre el estatus social y rol en la ancianidad renunciar a una condición con rasgos de juventud, belleza y madurez para asumir otra con rasgos mayormente considerados negativos respecto a la salud física y mental, es ahí donde la gente muestra signos gerontofóbicos o les cuesta trabajo auto reconocerse en esta última fase de vida como ancianos o viejos.

Hace más de dos décadas la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fijó la edad de sesenta años como inicio de la vejez. Sin embargo, el hecho de que un grupo de expertos haya establecido la categoría es un indicador del carácter construido de nuestra noción de vejez. Para Olvera (2007) un proceso de esta índole, es fundamentalmente social, cultural y psíquico. Sin dejar de lado su carácter fisiológico, para el sentido común el principal indicador está asociado a un declive fisiológico que el tiempo cobra sobre nuestros cuerpos.

Las construcciones en torno a la edad son un hecho que siempre ha existido y existirá, al mismo tiempo ha sido reproducido de diferentes formas a lo largo de la historia. Un

hecho también inseparable son las distinciones entre las edades y las representaciones sociales de cada grupo de edad, donde la sociedad e instituciones determinan un mundo de roles característicos o correspondientes a cada edad. Ante esto vale preguntarse ¿Qué determina la vejez en una persona? Pregunta que nos llevan a la búsqueda en diferentes líneas teóricas, algunas incluso opuestas.

Al definir la vejez en las ciencias sociales se tiene que ser extremadamente cauteloso, y no solo determinar a una persona como viejo por su edad. Reyes (2006) considera que se deben tomar en cuenta otros criterios aparte de la edad, como lo son las condiciones de salud física y mental al entrar en este periodo, la continuación o retiro de la vida productiva, la dependencia a terceros, la disponibilidad de redes de apoyo forjadas en la etapa anterior. Esto con el fin de evaluar otros aspectos en la conceptualización de la vejez en las ciencias sociales. Puesto que tal vez el individuo cuando cumpla su aniversario número 60 no se reconoce a sí mismo como viejo, justo porque esta edad es arbitrariamente determinada por los especialistas y no por el sentido común (Muchnik, 2006).

De acuerdo con Olvera (2007) el pensar la vida humana en función de una división de tiempos referidos a los periodos de la vida es producto de la modernidad, en donde se forman mapas cognitivos a partir de los cuales los individuos organizan sus vidas y personalizan el margen de sus expectativas. En la cual surgen etapas como infancia, juventud, madurez, edad adulta tardía, vejez; o primera, segunda y terceras edades. A pesar que desde la antigüedad existía la idea de una segmentación en al menos tres etapas de vida, es en las sociedades modernas donde se les imputa mayor valor a las edades tempranas y existe una desvaloración en edades mayores.

Cada generación llena de matices y sentido particular la experiencia humana, enmarcada en el ámbito de la cultura de una época, un tiempo histórico y en una diferente experiencia vivida. Para Bachelard hay momentos que marcan “rupturas epistemológicas”, un “antes y un después” (Bachelard 1961 citado en Muchnik, 2006).

“La vejez de hoy es diferente a la de ayer” (Muchnik, 2006). Esta aseveración no es exclusiva de la vejez actualmente en el mundo registramos múltiples transiciones tanto en la familia, como en las relaciones Estado- sociedad civil, etc. El punto aquí es que están emergiendo nuevas expresiones de los fenómenos sociales que acompañan las viejas formas de expresión de estos fenómenos. Para Vázquez (2006) son éstas “nuevas formas” de registrar la vejez las que han oscurecido la experiencia individual de envejecer. En esta misma línea Vázquez señala que los enfoques macrosociales son insuficientes para explicar las transiciones sociales de fenómenos específicos puesto que los actores no son los que impulsan el cambio. En la dimensión microsocial son los sujetos individuales y la perspectiva de cómo se vive la vejez, su identidad como sujetos, los sentimientos que se generan en torno a ella, sus creencias religiosas, su actuar en el mundo y el lugar que ocupan en el mismo.

En esta misma línea de transformaciones, Reyes (2006) agrega que debido a la inserción de los avances tecnológicos tanto en materia de salud así como otros cambios de la vida moderna, la vejez es cada vez más común. Se observan modificaciones sustanciales en los roles y el status social, en su mayoría con un efecto negativo para los ancianos. Al mismo tiempo las familias cambian la forma de ayudar a los abuelos en cuanto a los cuidados y atenciones, los cuales llegan a la última etapa del ciclo de la vida muchas veces

con enfermedades crónicas y por ende se prolonga su supervivencia por más tiempo en estado mórbido.

Se trata del nuevo rol de la vejez en la sociedad. Para Muchnik (2006) la resignificación de la vejez significa abordarla desde una nueva mirada para poder aproximarse a saber qué significa ser un adulto mayor en la sociedad del siglo XXI, acabando con la imagen relacionada a la “decrepitud, decadencia o dependencia”, que aparece en diferentes espacios y tiempos a través de la historia, puesto que siempre ha existido la vejez en menor o mayor número. Encontrar un equilibrio entre las visiones macrosociales y las micro sociales privilegiando la mirada de los propios ancianos respecto a cómo viven y se mueven día a día en el mundo social y a partir de ser conceptualizados como personas envejecidas. (Vásquez, 2006).

En la actualidad la sociedad envejece. Hecho que nos obliga a adoptar una perspectiva de larga duración. El aumento en la esperanza de vida y el aumento en la longevidad, sin bien son hechos sin duda exitosos, a la vez generan nuevas inquietudes políticas, éticas, sociales y económicas, relacionadas estrechamente con los problemas de salud y con los sistemas de retiro y jubilación (Muchnik, 2006).

Si bien sabemos que el envejecer no es nada nuevo, el interés por el tema surge por los problemas observados derivados del aumento significativo de adultos mayores. Un primer acercamiento teórico nos indica que no existe un paradigma que explique el significado preciso de la vejez; existe un conjunto heterogéneo de aportes teóricos que configuran un panorama general, no del todo claro aun (Aranibar, 2001).

3.3 Viviendo en el asilo: imágenes de la vejez desde el asilo Juan Pablo II

Es claro que el envejecimiento como problema social exige diversos análisis, al mismo tiempo que demanda soluciones; por ejemplo, los costos económicos que implican, las percepciones sobre la senectud y sus formas concretas de vivirla, así como nuevos programas de política pública para este sector de la población. Como señala Grijalva (2007) es crucial estudiar las condiciones de vida de los adultos mayores y en este sentido resolver en la práctica las restricciones impuestas por el envejecimiento en los distintos sectores. A pesar de la importancia de la existencia de soluciones diversas que hagan frente al nuevo mundo de las personas en edades avanzadas en nuestra sociedad, hay muy poco investigado y casi nada escrito.

Entrar en la realidad cotidiana de los adultos mayores que viven en el AAJPII representa el objetivo principal de esta investigación, al mismo tiempo queremos desentrañar la gama de visiones que se generan en torno a sus condiciones y cómo estos se adaptan a las limitaciones que la sociedad y la institución les impone. Teniendo claro que las visiones que se generan alrededor de los adultos mayores tienen que ver con las imágenes y estereotipos que se crean en los marcos de significación de las sociedades contemporáneas, los cuales se construyen a partir de las propias historias y permanecen en el imaginario colectivo, y a su vez, construyen a nuevas generaciones de adultos mayores.

Poco se sabe sobre el transcurrir de la vida dentro de los asilos de ancianos o casas de retiro, en un intento por reconstruir esta realidad y dar a conocer académicamente y

socialmente las formas de llevar la vejez en un asilo de ancianos, presentamos la interpretación en este apartado de los testimonios de los residentes del AAJPII los cuales fueron obtenidos a través de las entrevistas abiertas.

Un primer acercamiento a los testimonios de los entrevistados fue sobre el año de su nacimiento nos percatamos que las mujeres fueron las que dudaron más en responder o simplemente hacían un levantamiento de cejas y acentuaban con la sincera frase: *uuuu no me acuerdo*. En los hombres la seguridad al responder y decir la fecha era tal como si por decirla obtendrían algún especie de premio. Según los datos analizados las mujeres son más jóvenes que los hombres (como se anotó en el capítulo 2, las mujeres tienen un promedio de edad de 75 años, mientras que los varones de 81 años). Sin embargo, es mayor el número de hombres en esta población con los que puedes entablar una conversación lúcida y coherente.

Observando la relación de las respuestas de nuestros informantes comprendemos el por qué la mayor parte de la población del AAJPII no concluyó o no obtuvo educación básica y en contraparte se dedicaban a trabajar desde pequeños. En el caso de los hombres ayudando a sus padres en el campo, cuidando ganado, haciendo quesos, ordeñando o trabajos de otro tipo que no requieren grandes conocimientos para desempeñarlos. Las mujeres ayudaban a la madre con las labores domésticas o realizando mandados. En su mayoría el dejar la escuela o no haber asistido nunca a ella representaba una necesidad por la precariedad de sustento económico o por la condición de salud de los padres. La mayor parte de los adultos mayores entrevistados tuvieron varios trabajos casi siempre desempeñando las mismas actividades, pero no fueron trabajos que estuvieran incorporados

a los sistemas de seguridad social, de ahí que carezcan de alguna pensión o jubilación. Y en su mayoría se retiraron por condiciones de salud que les impedían realizar alguna actividad.

3.3.1 Relación o situación familiar

La familia se sigue considerando como el principal soporte para los seres humanos, a pesar de la crisis que desde hace años vive la institución familiar (Fericgla, 1992; Ribeiro, 2000). Sin embargo siempre han existido personas que necesitan de la protección social, ya sea por la falta de una familia o bien porque ésta no se encuentra en condiciones de brindar los apoyos necesarios a esas personas. En este punto Tamez (2008) señala que la seguridad social y la familia constituyen las dos instituciones básicas para la población de adultos mayores en la sociedad actual, así mismo expone que muchos de los cambios que la familia ha presentado en décadas recientes están relacionados con la transición demográfica de la población, en donde el tamaño de la familia se ha visto disminuido como un efecto de la política poblacional. Sin embargo el aspecto sociodemográfico no es el único factor que influye en esta transformación, los existen también de tipo socioeconómico, político y particularmente, el aspecto sociocultural.

En general la familia representa para los adultos mayores el primer soporte de ayuda que desearían utilizar ante las limitaciones físicas, escasez de recursos o por soledad, cuando en muchos de los casos requerirían del apoyo social. Este es un punto que tenemos que considerar cuando tenemos una población con pocos o nulos lazos familiares, es aquí donde entra en juego la necesidad y aparece la institución como el único recurso viable cuando la situación resulta difícil de sobrellevar. La situación familiar de los internos del

asilo Juan Pablo II es un tanto frágil y en su mayoría los lazos con algún familiar directo nunca existieron, son distantes o sencillamente son inexistentes. De las personas entrevistadas solo dos respondieron haber estado casados, los restantes afirmaron no haberlo hecho¹⁵.

nooo, no me casé nunca. Ni siquiera herencia de hijos tengo, yo sí que estoy pobre. Pobre, sin nada... sin marido, sin hijos, ni padres, ni hermanos, ni hermanas.
(Concepción).

Sin embargo existe una valoración de los internos por aquello que nunca se tuvo, en este caso una familia, lo cual los hace construir ucronías entorno a sus vidas. Y los hace pensar que su situación presente sería otra; cómo habrían vivido si hubiesen tenido una familia, una mujer, hijos y quizá con el apoyo de los familiares no estarían en un asilo de ancianos. Por lo cual podemos afirmar que las relaciones de pareja forjadas en el lapso de la vida adulta joven fueron decisivas para la mayoría de los adultos mayores que se encuentran en este asilo.

De los entrevistados un hombre y una mujer reciben visitas, los demás no reciben visitas de familiares, ni amistades. Don Guillermo y Conchita son visitados, sin embargo en ambos casos sus visitas no tienen periodicidad alguna; ellos relatan que sus familiares vienen *a veces o cuando pueden*. Encontramos casos donde los adultos mayores aún conservan un lazo de parentesco, el cual en cierta medida es controlado por la institución. La constancia de las visitas no es frecuente, pasa de ser una obligación a una despreocupación para los familiares. En los otros casos restantes los adultos mayores no reciben visitas, a excepción de algún grupo de estudiantes que visite la institución.

¹⁵ Los datos (nombre, edad, género, antigüedad en el asilo y lugar de origen) de cada uno de los informantes se encuentran en el Anexo III.

La mayor parte de la población del asilo Juan pablo II no conserva un lazo sólido con sus familiares, quizá porque nunca existió y es una de las principales causas de inserción a la institución, el hallarse solos ante una situación en la cual ocupan ayuda. Para Fericgla (1992) en gran medida las instituciones asilares representan el desarraigo familiar y abandono que sufren las personas adultas mayores, cuando por diferentes causas no pueden ser independientes y no tienen un lugar dónde estar, no queda otra alternativa que el ingreso a un asilo, el cual brindará los servicios asistenciales básicos (cuidados, alimentación y medicación).

Tuve una hija pero no hicimos relación. No tengo hermanos, estoy solo, soy hijo único (Laureano).

Mis hijos ya se murieron, Mi esposo se murió ¡todo ya! ya estoy sola. Sino, no estuviera aquí. Mire si acaso hay dos hermanos pero no se donde están. No tengo nada yo ya (Elvira).

En cierta medida la carencia de redes sociales y el desarraigo familiar están relacionados al hecho de estar solo, a esto le añadimos el aislamiento que representa vivir en el asilo; donde se priva la libertad de salir y se guarda poco contacto con el mundo exterior. Tenemos como resultado la manifestación de los internos al sentirse solos entre una población que comparte las mismas o similares condiciones. Muchos de los testimonios perciben la soledad como la pérdida de los seres queridos, el no tener familia o no contar con el apoyo de alguien. Podemos decir basándonos en los testimonios que la soledad es un sentimiento que emana de esa falta de compañía, de aquellos con los que se estableció una relación afectiva y que ya no están.

También las relaciones de este tipo suelen disminuir con el traslado a un hogar de ancianos, y es raro que encuentren allí algo que las sustituya. Por ello muchas de estas residencias o asilos son verdaderos desiertos de soledad (Elias, 1987, 92).

La institución representa para los residentes una opción donde vivir, cuando nunca se consolidó una familia o para aquellos que se encuentran en situación de abandono social. Sin embargo, como lo afirma Elias, el AAJII es justamente una isla de soledad, a la que arriban los náufragos de la vejez y con muy contadas visitas de los familiares.

3.3.2 Causas de ingreso al asilo

La inserción de las personas adultas mayores a los asilos representa un punto importante a conocer en esta investigación, puesto que tratamos de reconstruir las rutas de ingreso a la institución. En el caso del AAJPII sabemos que la inserción de sus habitantes fue por una necesidad o por no tener otra alternativa viable debido a condiciones de salud, de tipo asistencial y económica.

Ahora bien teniendo claro que no podemos conocer a profundidad, ni mucho menos en su totalidad las causas o situaciones específicas que llevaron a las personas mayores a ingresar a un asilo de ancianos, intentamos clasificar algunas causas o situaciones generales. De acuerdo con Barenys (1991) en su estudio sobre las instituciones de ancianos, expone que algunas causas se han atribuido a factores de tipo personal y psicológico, como no poder contar con una persona que le atienda, así como experimentar pérdidas físicas, económicas o sociales. Pero además de estos factores, existen condiciones sociales que influyen para que las personas de edad avanzada ingresen a los asilos, por ejemplo, menor número de integrantes en las familias que puedan atender a los ancianos; viviendas de dimensiones reducidas; aumento en la esperanza de vida; y, por supuesto, ausencia o ineficiencia de programas asistenciales para este sector de la población (Pac, Vega, Formiga, Mascaró, 2006).

Siguiendo la línea de las causas que llevan a una persona a la decisión de un internamiento encontramos tres variables relacionadas entre sí: a) el creciente deterioro físico; b) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes convive para prestar los cuidados que el anciano/a necesita; y c) la falta de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (Tobin y Lieberman, 1976, citado en Bazo, 1991).

En su mayoría los entrevistados están por causas ajenas a su voluntad o bien en ciertos casos las circunstancias ajenas a su voluntad influyeron para tomar la decisión, por ejemplo, el deterioro en la salud, la falta de sustento económico o de tipo asistencial. Aunque la falta de salud es una variable importante para el ingreso en un asilo, no es determinante, resulta de mayor importancia la falta de apoyo social.

Yo fui la de la decisión de venirme aquí, porque ya estaba enfadada. Cuando no dejaba ropa en una parte, en una colonia la dejaba en otra y luego ya mandaba por ella, ¡ay no! Ya estaba muy enfadada de andar navegando... estaba enferma; luego me caí, ya no podía ni ayudarles. Fue una necesidad muy grande el venirme aquí (Concepción).

Se registra que en algunos casos antes de ingresar al asilo, muchas de las personas estuvieron internadas en el Hospital General del Estado de Sonora o en su defecto tuvieron algún problema de salud y como en su mayoría provienen de zonas rurales, son vulnerables debido a su condición de salud y calidad de foráneos. En estos casos la institución surge como una opción para aquellos que no tienen un lugar al cual acudir en estas circunstancias y donde pueden pasar el resto de sus días.

... pues me trajeron al hospital, ahí me atendieron un tiempo y de ahí me pasaron a un albergue y luego del albergue me pasé pa'aca. Una madrecita que trabajaba en el Asilo fue al hospital; me miró y luego me invitó a venir aquí. Me dijo: por qué no

se va para allá, ahí tenemos de todo y no le va a costar. Pues le agarré la palabra a la señora y me vine, y ya tengo cuatro años (Laureano).

La mayoría de los entrevistados llegaron al asilo Juan Pablo II por recomendación o sugerencia de otra gente, solo en el caso de un hombre y una mujer comentaron saber de la institución por sí mismos. En este asilo también se reciben personas que son canalizadas por el Centro de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) quienes en algunos casos son víctimas de violencia por parte de algún familiar, personas que viven en la calle y pacientes psiquiátricos controlados que son canalizados por el Hospital Nava de Hermosillo. En todos los casos se requiere cubrir una serie de requisitos, tales como, querer permanecer en la institución, estudios de laboratorio, no tener familiares que lo apoyen y que exista cupo en la institución.

Así mismo la mayoría de los entrevistados siente una gratitud por ser recibidos en el asilo, posiblemente porque la situación previa al ingreso era un tanto complicada. Solo en menor número se muestra un poco de vergüenza del “qué vallan a decir” al ser interno del AAJPII.

Nadie sabe que estoy aquí, ni quiero que lo sepan, para que vengan y les cause lástima o burla porque van a decir tan bueno que era para trabajar y mira dónde te viniste a refugiar (Gonzalo).

Quizá la vergüenza puede ser atribuida a la dependencia que representa el vivir dentro de la institución, puesto que el AAJPII no fomenta conductas de autosuficiencia, en la mayoría de los casos por las condiciones físicas que algunos de los residentes manifiestan y en muchos otros como medida de prevención contra caídas o accidentes que pongan en riesgo el estado físico de los residentes y el prestigio de la institución.

La imagen que se tenga de los asilos en cierta medida afecta a que las personas deseen ingresar en una institución de este tipo. Generalmente las imágenes que se relacionan con los asilos están relacionadas con la pobreza, el abandono familiar y la marginación social. Pero esa imagen se ha ido transformando en alguna medida, de acuerdo a Barenys (1992) “El antiguo asilo o Casa de misericordia, que la imaginación popular asocia con la indigencia y el abandono familiar, ha ido cediendo paso en las sociedades actuales a la residencia”. En la misma línea Rodríguez (1999, citado en Grijalva, 2007) señala que la indeseabilidad de estos lugares y por tanto la decreciente inserción, esta asociada al bajo presupuesto de las políticas sociales las cuales han precarizado albergues, asilos o residencias para ancianos. De acuerdo con los informantes las causas que marcaron el ingreso al AAJPII fueron circunstancias decisivas para los residentes, la falta de una familia, la escasez de recursos económicos, el no contar con algún apoyo de seguridad social, entre otras. Son algunas de las causas por las cuales un adulto mayor puede verse orillado a tomar la decisión de ingresar a un asilo de ancianos. Habitualmente el ingreso en un asilo resulta la última opción, lejos de representar un lugar idóneo para culminar la vejez.

3.3.3 La adaptación al Asilo Juan Pablo II

El ingreso a una institución en la cual se provee al adulto mayor de los servicios básicos, implica la adaptación a nuevas formas de organización de los horarios para la realización de actividades, así mismo el seguimiento de las reglas que la institución impone garantiza la permanencia dentro. Para Barenys (1993) existen modalidades de adaptación a la vida de la residencia por parte de los adultos mayores, sin embargo estas suelen estar

teñidas de individualismo. Una de las razones que atribuye es que por ser un grupo de personas con una larga historia de vida en cada uno, no es fácil de amalgamar a los internos en una «familia» o en un «grupo primario/secundario». El ingreso representa una ruptura con el modo o estilo de vida que antes se llevaba y la permanencia significa la adaptación a los nuevos horarios y normas que la institución establece.

La mayor parte de los entrevistados llevan mas de tres años en la institución (el promedio de estancia es de 4 años) por lo cual podemos suponer que han tenido tiempo para superar la tensión que produce el cambio de entorno. Casi todos los entrevistados reconocen un periodo de adaptación, el cual afirman no les costó mucho esfuerzo. Son varias las manifestaciones acerca de la buena adaptación desde el primer momento. Sin embargo, estos recuerdos en cierta manera son contradictorios puesto que se valora más el retorno al hogar, sobre todo con aquellos internos que tuvieron un hogar. “Las residencias de ancianos, aun en su mejor versión, guardan distancia con el hogar si por esto entendemos algo más que techo, manutención, convivencia y prestación de servicios en caso de inhabilitación o enfermedad” (Barenys, 1993: 158-159).

La comida y los horarios representan para algunos de los entrevistados los aspectos más inmediatos si hablamos de adaptación. Una anciana expresa su problema de adaptación a las comidas pues afirma que no todo lo que le sirven le gusta. Otro señor también expone que hay veces que la comida es buena y otras veces no. Sin embargo, en el mismo testimonio compensa esta declaración, con que no le falta nada dentro de la institución. Los demás entrevistados declaran haberse adaptado rápido a los horarios y comentaban *cuando se trata de comida toda es bien recibida*.

Otro aspecto que puede presentar dificultad de adaptación es el tener que compartir la habitación con otras personas. Pues como se mencionó en otro apartado, el AAJPII cuenta con dormitorios colectivos, separados por géneros. Un aspecto que podría representar para los internos una dificultad es el desprendimiento de sus pertenencias, puesto que guardan una especial relación con su yo (Goffman, 2001). Habitualmente al visitar la institución puede verse a señoras, en su mayoría, cargando en sus sillas de ruedas varias bolsas que guardan sus pertenencias; papel sanitario, jabón, ropa, bolso de mano, broches para el cabello, servilletas para bordar, hilos, entre otros objetos. Estas pertenencias las desplazan consigo durante todo el día a donde ellas anden, no las dejan en los dormitorios. Estas acciones podría contrarrestar el sentimiento de desposeimiento de sus pertenencias del que hace referencia Goffman (2001) y al mismo tiempo inadaptación a su dormitorio.

Al igual que los dormitorios los baños también son colectivos. La mayor parte de los internos tiene problemas de incontinencia urinaria, por cierto uno de los padecimientos asociados a la vejez¹⁶. Razón por la cual muchos de los residentes utilizan pañales para hacer alguna de sus necesidades fisiológicas, ya que trasladarse hacia el baño en algunos casos resulta difícil, el pañal le permite hacer sus necesidades en cualquier lugar de la institución. Esto representa una falta de intimidad que puede resultar dura para algunos de los adultos mayores, puesto que supone renunciar a disponer de los únicos reductos que les quedan para su privacidad.

No me gusta, hasta para hacer del baño, batallo, no puedo ir al baño, no puedo moverme (Adelina).

¹⁶ La incontinencia se produce en edad avanzada y consiste en la disminución del poder de contracción y fuerza de musculatura de la vejiga y los esfínteres urinarios.

Una de las reglas a la que muestran una mayor dificultad de adaptación y por la cual muchos de los adultos mayores internos no están del todo satisfechos es la restricción a salir de la institución. La pérdida de la libertad de la cual gozaban en su antiguo hogar, el poder ser ellos quienes decidiesen salir a la calle a *hacer un mandado*, es una de las restricciones a la cual tienen que adaptarse. Esta limitación representa en el adulto mayor un choque emocional consigo mismo, puesto que la institución no le permite la realización de este tipo de actividades, como el andar solos por la calle. Lo cual en algunos casos es evidente que no pueden realizar dichas actividades. Sin embargo, la mayor parte de nuestros entrevistados se perciben aún capaces de salir a la calle por sí mismo y regresar a la misma, pero respetan la disposición institucional ya que en ello les ve su permanencia.

Desde la óptica de Goffman (2001), el asilo de ancianos constituye uno de los cinco tipos de instituciones totales que reconoce. El asilo de ancianos es una institución creada para atender a las personas que se sentían tanto indefensas como incapaces de valerse por sí mismas. Es una institución total puesto que organiza las actividades; comer, dormir, el ocio, entre otras. Además de tener las estrategias con las cuales la institución se entromete en la vida interior de sus habitantes. En medida que toda la vida de las personas transcurre dentro de la institución, ésta cobra el matiz de *total*¹⁷.

De acuerdo con Barenys (1992) las instituciones de ancianos son más propensas a revestirse de este carácter cuanto más dependientes, física o psíquicamente, se encuentren sus residentes. Esto mismo parecería suceder en nuestro caso; los internos entrevistados

¹⁷ Haciendo alusión al concepto de *instituciones totales* utilizado por Goffman (1984), donde las distintas actividades vitales de las personas residentes (dormir, holgar y trabajar) se desarrollan en el mismo lugar, con los mismos/as cooparticipantes, bajo la misma autoridad y siguiendo un orden programado estrictamente desde arriba, bajo unas normas forales, cuyo cumplimiento "vigila" el personal.

deben ceñirse a los horarios, actividades y normas que la institución impone. Aún se puede observar cierta resistencia hacia la adaptación (sobre todo en mejor estado de salud) pero también es necesario anotar que las opciones de elección de esta población es limitada. Quizá la única posibilidad para continuar viviendo con cierto nivel sea provista por la institución.

3.3.4 Estancia en el asilo

El estar dentro de la institución significa acostumbrarse a los horarios que se establecen para las actividades básicas como comer, bañarse o dormir. Los horarios de las comidas son: a las 9 hrs. el desayuno; a las 13 hrs. la comida; y la cena a las 18 hrs. Las tres comidas son anunciadas con el timbre de una campana. La hora de dormir es a las 19 hrs. y de levantarse es a las 7 hrs. u 8 hrs. El asilo Juan Pablo II tiene misas programadas todos los días, a las 12 hrs., media hora antes, se reza el rosario en la capilla, la asistencia a estas dos actividades de carácter religioso es opcional. Las mujeres son las que con mayor número asisten a los servicios religiosos (las misas y a los rosarios). Si bien es cierto que el orden interno de estas instituciones habitualmente es rígido y muy formalizado, Fericgla (1992) lo atribuye que viene de la imposición administrativa de cada establecimiento y no de los propios ancianos.

La mayoría de las personas utilizan los fines de semana como días de “recreación” o “descanso” y son distinguidos de los demás días de la semana por la lógica de las actividades. Pero para la mayor parte de los entrevistados no existe diferencia entre los días de la semana y por tal motivo todos los días les parecen iguales. En un artículo sobre

ancianos institucionalizados Ribeiro (2008) señala que “el día a día en la institución significa ocio y monotonía, resumiéndose, básicamente en comer, dormir y ver televisión”. Esto tiene una relación directa sobre lo que sucede en el caso del AAJPII. Podemos señalar que no basta con dotar a los ancianos de las condiciones indispensables para su sustento (vivienda, alimentación, servicios médicos, entre otros). Habría que impulsar programas permanentes que permitan a los ancianos institucionalizados hacer la vida más llevadera y menos monótona en esta última fase del ciclo de vida.

Encontramos que la lógica de los fines de semana en el AAJPII es igual o con menor actividad que el resto de días, esto quizá se deba a que algunos miembros del personal descansan los fines de semana. La mayoría de las personas que expresan un mayor aburrimiento son quienes tienen problemas de salud, principalmente con la vista o quienes tienen imposibilidad de moverse por sí mismos. Podemos observar que no hay mucha diferencia entre los días de la semana, lo cual provoca una cierta monotonía y más aún para los que se encuentran en peor estado de salud. Incluso, el estado de salud determina en que actividades o tareas pueden involucrarse. Igualmente la presencia o ausencia de una buena salud esta relacionada a la capacidad de mantener la independencia y autonomía personal (Bazo, 1989).

Todos los días son iguales, no distingo diferencia: tengo que estar sentado, de lo que me cuido es de una caída, que me quiebre un hueso y ya no tengo compostura. Aquí te quiebras las piernas, te llevan y te las mochan. Ayer se murieron tres aquí: dos hombres y una mujer (Guillermo).¹⁸

¹⁸ Cabe señalar que no se pudo comprobar que las personas que se mencionan en el testimonio hayan fallecido, sin embargo el relato ilustra como el deceso de los compañeros es algo que esta presente.

Quienes pueden se trasladan de un lugar a otro, ya sea caminando con la ayuda de un bastón o en la silla de ruedas, otros pasan de los sillones colocados en los pasillos a los dormitorios. A pesar de que el asilo dispone de zonas al aire libre (un jardín y una huerta), no son muy visitados ya que el trasladarse a ellos representa dificultad y por lo tanto dejan de parecer atractivos. Otra parte considerable de los internos pasa el día sentado en los sillones del pasillo, esperando que suene la campana para la hora de comer, esperando ser invitados por alguien a jugar lotería o que algún desconocido que visite la institución les invite a platicar. Es usual que por la mañana estudiantes de preparatoria, secundaria o universidad visiten la institución. Por las mañanas se registra más actividad y flujo de personas que por las tardes, al igual que son más los internos que por las mañanas salen de sus dormitorios hacia los pasillos. Por las tardes después de la comida muchos de los internos se van al dormitorio a pasar la tarde acostados, en su mayoría son mujeres las que acostumbran hacer esto. Es mayor la cantidad de hombres que por las tardes están en los pasillos escuchando la radio.

De acuerdo con Bazo (1991) pasar el día sin tener nada qué hacer constituye a crear o mantener la apatía y falta de interés que se detecta en la población institucionalizada. Añade que la falta de intereses vitales podría mejorarse con la realización de ciertas actividades que les supusiera de alguna manera una ilusión. Complementa también que la avanzada edad de muchos de los internos, así como el grado de deterioro de una parte considerable de las personas que viven en los asilos, acostumbra a ser una justificación de la ausencia de actividades constantes.

Algunos de los entrevistados comentaron ayudar en algunas tareas básicas y sencillas para el mantenimiento del asilo como: regar las plantas, cuidar la puerta principal,

entre otras. Todos pertenecientes al género masculino. Al mismo tiempo comentan que se sienten bienestar en su estado de ánimo realizando estas actividades, porque les permite estar en movimiento.

Pues aquí pa' desenfadarme les hice todos los remiendos a la puerta, ahorita ya le tengo lijada la parte de enfrente, dentro de algunos días la voy a pintar. Yo le digo a la (trabajadora) social que me traiga la pintura. Eso me sirve de para no aburrirme porque cuando no trabajo, cuando no tengo movimiento siento que me duele aquí, que me duele allá (Gonzalo).

Ciertos estudios (Townsend, 1972, citado por Bazo, 1991) señalan que la inactividad genera apatía y desinterés entre las personas que habitan los asilos, en donde las personas ancianas en estas instituciones realizan menor actividad que las personas ancianas que viven en su hogar en las mismas condiciones de salud. Incluso un estudio demostró que su actividad es menor que las que realizan personas ancianas en centros psiquiátricos. El mantener a los ancianos en movimiento podría mejorar su bienestar físicamente o el asignarles tareas sencillas de acuerdo a su estado de salud podría ayudar a fomentar un rol dentro de la institución.

Pero la vida en el asilo es más compleja que las rutinas y la monotonía. Para algunos de los internos su estancia tiene ciertas ventajas, sobre todo disfrutan de la compañía de las visitas, frecuentemente estudiantes con los que conversan y se realiza algún tipo de convivio; en donde les ofrecen refrescos, galletas y juegan lotería. Un señor nos platica que lo que le gusta de estar en el asilo son las plantas porque le recuerdan al campo. Otra parte coinciden en la misma respuesta “*pues estar aquí nomas*” sin agregar alguna otra explicación, lo cual podrían interpretarse como nada. Y por último la mayoría coincidió en que es de su agrado la mañana, esto podría estar relacionado a que por las mañanas existe

una mayor actividad en la institución y el ambiente no se siente tan solo como por las tardes o noches.

Pero existe otro grupo, más cercano a las rutinas descritas, con ellos la vida en el asilo es ordenada, con horarios inamovibles y les disgusta vivir su vejez en condición de *estar recluida*, otra señora expresó que le falta *sentirme como el aire, sentirme que soy libre, aquí no me siento libre*; otro señor lo expresa en estas palabras: *pues el encierro, que no puedo salir*. Otros hacen hincapié en las consecuencias de compartir los dormitorios y al calor. Muchos de los aspectos que les desagradan están relacionados con los sucesos que pueden ocurrir por las noches y como consecuencia de que los dormitorios sean colectivos. Gran parte de los informantes coincidieron en no gustarles las noches.

Para nuestros informantes el día a día se convierte en la espera de: la hora de desayunar, la hora del rosario o misa, la hora de comer, la hora de cenar o la hora de dormir. Siempre en la espera, mas no en la esperanza. La estancia en el asilo parecería ser vivida de forma rutinaria, cuando el diseño formalizado de la institución impone el seguimiento de los horarios día con día. La monotonía irrumpe donde la salud se ha ido y donde la falta de actividades recreativas es una constante.

3.3.5 La eternidad de las noches

En la literatura especializada se sostiene que las personas de la tercera y cuarta edad tienen serios problemas para conciliar el sueño, incluso padecen de insomnio, esto se debe a que con el avance de la edad se presentan una serie de cambios en el patrón del sueño que

son considerados cambios fisiológicos; en donde hay una disminución del tiempo total del sueño nocturno de 4-6 horas, el sueño profundo también disminuye y el tiempo de las siestas diurnas aumenta y los despertares nocturnos son mas continuos. Estos cambios fisiológicos están relacionados a la edad, a diferencia de que el insomnio provoca una alteración en la vida diaria del anciano, puede causar irritabilidad, mal humor, falta de concentración, deterioro de la memoria, al mismo tiempo disminuyendo la salud física y mental, lo cual puede ocasionar un efecto negativo en la calidad de vida del anciano (Jaime, Pérez, Esporin, Vázquez, Cervera y Molina, 2005). Sin embargo se debe ser cauteloso para saber diferenciar cuándo se trata de un caso de insomnio o cuándo solo son cambios relacionados con la edad. Así también se deben analizar los hábitos que ayuden a diagnosticar el porque de la falta de sueño, ya que los hábitos tienen un papel fundamental en el sueño, las enfermedades que pueden inferir en el sueño y los trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad y miedos.

En el caso de los entrevistados se presenta esto pero de una manera dramática. Los internos perciben que las noches son eternas o largas y por tal motivo constantemente se les vienen los recuerdos. Una parte considerable de los entrevistados afirmó tener problemas para conciliar el sueño a la hora de estar en la cama o despertarse varias veces. A primera vista podríamos decir que se trata de cambios fisiológicos relacionados con la edad avanzada de los internos, como lo sostiene la literatura revisada. Pero junto a ello, puede haber otra pista para comprender la población bajo estudio. Al analizar con detenimiento la información podríamos relacionar este trastorno de sueño con la hora a la que se les manda a dormir; en realidad esto tiene que ver mas con los hábitos de sueño impuestos por la institución, en donde no se toma en cuenta el tiempo total del sueño (4-6 horas) en la

tercera edad; es decir, las modificaciones en el reloj biológico de los ancianos. Como resultado se acuestan a dormir sin sueño y, en una buena parte de los casos, sin actividad física.

¡ay dios! Me despierto ¡ay no!... porque sufro espanto de sueño... sí sufro de insomnio. Pero cuando despierto ¡ay Dios! Puro pensar, puro recordar cosas pasadas que ya no las remedia uno, en las noches que despierta uno (Concepción).

Porque se enfada uno de estar tirado deseando que amanezca. Casi no duermo... estar pensando bartolos de tonto, pensando como andaría si anduviera en la calle, a lo mejor ya me hubiera muerto, pensando en las libertades que tenía antes, de andar correteando por la sierra (Gonzalo).

En muchos de ellos se ha podido observar una alta prevalencia del insomnio cuando se analiza la población anciana. Se trata, por tanto, de un trastorno del sueño muy relevante ya que se asocia con importante morbilidad, mortalidad, mayor aumento del consumo de fármacos hipnóticos y con aumento de riesgo de caídas. La mayor parte de los entrevistados ingieren fármacos para inducir al sueño, una parte considerable comentó no poder dormir sin tomar su pastilla, otra parte comentó que muchas veces esta no les hace efecto y nomás les queda esperar a que les llegue el sueño.

Para nuestros ancianos la noche es un tiempo vivido de manera extraña; fijados al dormitorio, sin poder desplazarse y sin el contacto con sus compañeros, los recuerdos se hacen presentes, incluso aunque no los quieran invocar. Las horas avanzan tan lentamente y están cargadas de recuerdos, siempre de recuerdos. Pero no son recuerdos agradables, al menos los testimonios no los consignan de esa manera. Aunque no pudimos acercarnos más al tema, suponemos que esos recuerdos están relacionados con vivencias incómodas, en

algunos casos dolorosas. De esta manera, como en el pasado en el Medievo, la noche es un tiempo de miedos (Dubi, 1995).

Esos miedos aumentan si se viven en la soledad. Y los internos del Juan Pablo II pierden todo tipo de contacto en las noches. Parecería ser que la noche se tiñe de aquellos seres que ya no están o aquellas vivencias pasadas que ha traído el recuerdo constituido por la eternidad de las noches, causada por la falta de sueño.

3.3.6 Relaciones sociales en el asilo

Las interacciones cotidianas o los vínculos afectivos que se generan entre las personas que habitan un mismo lugar contribuyen a ser una dimensión de análisis de nuestro estudio, se trata de conocer cómo se relacionan entre sí, cuál es la calidad de estas relaciones y la cantidad. Para Bazo (1991) el asilo resulta un microcosmos donde habitan y conviven personas procedentes de diversas partes, con historias de vidas diferentes. Por distintas causas, principalmente deterioros en la salud, no pueden tener la libertad de salir a la calle, tornándose el asilo como un mundo cerrado para los ancianos, en donde sus intereses quedan reducidos a las preocupaciones más cotidianas. Así mismo la falta de intereses más amplios, como la falta de actividades recreativas que podrían conducir a un mayor enriquecimiento personal; generan un relativo aislamiento de los compañeros.

Al preguntarles a nuestros informantes sobre las amistades observamos que el concepto de amistad es remplazado por el de compañía en muchos de los casos, ya que una buena parte de los residentes no intiman en sus relaciones, estas fueron algunos de los enunciados que nos hacen mantener esta interpretación: *pues las veo a todas así de*

pasadita pero amigos no tengo (Concepción); una gran parte reconoce tener buena relación con todos, sin embargo afirman no tener amigos. Otros internos señalan tener varios o muchos amigos, pero no recuerdan sus nombres: *son muchos amigos conocidos, ya ni me acuerdo cómo se llaman; ella que está cocinando y aquella que viene allá*; podemos percatarnos que la relación de amistad aunque puede ser numerosa no es una relación de apego, ni afectiva. Varios entrevistados han dado esta misma respuesta *pues hay casi todos los que están ahí*. Se observa en mayor medida que los hombres se relacionan más entre sí y con una mayor constancia que las mujeres.

Respecto a las relaciones entre ambos sexos son muy escasas, ya que el personal controla las relaciones entre hombres y mujeres, por lo cual hace una valoración respecto de que mujeres pueden convivir con los hombres internos y viceversa. Esto con la finalidad de prevenir malos entendidos en la institución; varios de los residentes en su mayoría hombres comentaron que el personal no los deja que se acerquen al área donde están las mujeres -a los alrededores de los dormitorios femeninos-, y en el caso de las mujeres varias de ellas comentaron no tener ningún *negocio* en el área de los hombres. Quizá la idea de la sexualidad está presente en esta norma de la institución; para el asilo, las relaciones entre personas de distinto sexo puede devenir en conductas inapropiadas para su edad.

Existe dentro de las relaciones sociales de los internos un intercambio social donde se sugiere el trueque o venta de objetos y servicios. En donde se intercambian algún (más que gesto cordial) servicios u apoyos a cambio de algún objeto o monedas. Por ejemplo, Gonzalo de 76 años, que ayuda a trasladarse de un lugar a otro a Ismael de 80 años a cambio de unos cigarrillos o monedas. Se registran varios casos dentro del asilo donde la solidaridad entre internos de alguna manera está regulada por el intercambio económico o por la ayuda para ciertas actividades (de algún gesto de cordialidad). Cabe aclarar que no es

un factor que determine las interacciones de los residentes, sin embargo si llega a presentarse entre ellos.

Un medio más importante a través del cual intercambiaban de mano objetos y servicios, un modo más trascendental de multiplicar los esfuerzos extraoficiales del individuo, mediante la incorporación de actos ajenos extraoficiales y utilizables. Identificado con el trance por el cual atraviesa otra persona o con su situación vital, un individuo puede asistirle voluntariamente, o brindarle un testimonio ceremonial de su deferencia (Goffman, 2002: 271).

Al mismo tiempo los internos reconocen que hay personas con las que no pueden llevar a cabo una conversación o interacción debido al deterioro en sus facultades mentales o por un marcado carácter hostil de muchos de los internos. En el caso de las mujeres son más las que carecen de sus facultades mentales.

somos (haciendo referencia a sí misma y concepción de 79 años) las que estamos más completas de aquí, de pensamiento... por que hay otras que están pal chilorio y otras pal chorizo (Elvira).

De acuerdo con la percepción de los testimonios son muchos los hombres que habitan en el asilo que tienen un mal genio, lo cual no permiten que se acerque a platicar.

Hay unos muy corajudos que no le puede hacer uno ni una pregunta porque le responden mal, se enojan, es que también por la misma enfermedad que tienen pues, están amargados, así hay muchos aquí (Laureano).

Observamos que la calidad de las relaciones de amistad no es de carácter íntimo y en cierto modo se limita a la plática cotidiana o a la compañía momentánea. Gran parte de las pláticas de los residentes según nuestros entrevistados tratan de lo que cada uno hizo en sus vidas, se cuentan sus historias o el *quien vive*. Por lo cual podemos decir que hacen constante referencia al pasado y se alimentan de este por medio de sus recuerdos.

Se puede percibir en algunos casos entre los habitantes un rechazo de los que se encuentran en mejores condiciones de salud a compartir espacio con personas que se encuentran más deterioradas. En general, las personas conviven en un mismo espacio, ya sea en los dormitorios o en el comedor. Quizá esto se deba que la convivencia suponga una amenaza para la estabilidad emocional de muchos de ellos, lo que los hace imaginarse en situaciones similares les produce temor. Inclusive la idea de depender de alguien para bañarse o el tener que trasladarse en silla de ruedas representa cierto temor para muchos. Para Olvera (2007) el temor a la obsolescencia, al dolor físico, a vivir o no vivir la propia vida, a ser o no autónomo, al futuro material y afectivo, la resistencia al envejecimiento tienen que ver con los miedos psicológicos más recurrentes en las sociedades modernas.

En general las relaciones con el personal son buenas, según los testimonios; los internos se sienten bien con el trato que reciben de parte de las personas que trabajan en la institución. Gran parte ha coincidido en comentarios que pueden traducir la buena relación con el personal: *me llevo bien con todos; con nadie he tenido un no; Bueno pues aquí me tienen bien lo que es la encargada de este negocio; yo la llevo muy bien con las jefas aquí; me siento bien con ellos.* Un señor expresó su inconformidad con el personal de modo que el piensa que es muy poco y hace falta más personal, puesto que el ha batallado cuando ocupa la ayuda de las cuidadoras.

Podemos deducir del análisis de las relaciones que ocurren en la vida cotidiana de los residentes del Juan Pablo II, las más positivas son las que se dan entre residentes y personal de la institución. Las peores no por ser conflictivas, sino por la falta de interés, son las que tienen lugar entre los propios ancianos, y más aun entre hombres y mujeres. Por

último, un aspecto que puede incidir negativamente en su bienestar es la presencia de personas en mal estado de salud, puesto que supone un aspecto amenazador para ellos al visualizarse en una situación similar y porque en muchos casos puede inducir a percibir al asilo como el un lugar de sus últimos días. Un aspecto positivo es el aspecto de la seguridad por parte del asilo. El sentirse atendidos, saber que si tienen un problema de salud no se van a ver solos y hay un personal que los respalda, esta quizá sea una de las principales razones para sentirse bien estando en el asilo.

3.3.6 La vejez en el asilo: análisis de la autovaloración de ancianos institucionalizados

Conociendo más a fondo el perfil de nuestros informantes y las similitudes que se manifiestan en la información proporcionada, podemos constatar que una de las principales causas por las cuales ingresaron y actualmente residen en el asilo, está vinculada con la falta de una familia o descendientes que los respalden ante una situación de desamparo. Otra causa, es la imposibilidad llevar una vida independiente, ya sea por carecer de los recursos económicos o por no tener un lugar en el cual estar. De acuerdo con Fericgla (1992) en cierta medida:

Las residencias son los territorios que simbolizan de forma extrema el desarraigo familiar de los adultos mayores y el abandono que sufre. Cuando no pueden llevar una vida independiente y no son admitidos en los domicilios de sus descendientes, no queda otra alternativa que ingresar en una residencia, institución en la que serán cuidados, alimentados y medicados (p: 38).

Por otro lado, el aspecto de la medicación de personas adultas mayores es de vital importancia, ya que en muchos de los casos el encontrarse en una situación de desamparo y ante la carencia económica significaría una amenaza a su salud; puesto que la mayoría de

ellos toman medicamentos para padecimientos crónicos. El estar en la institución les facilita este aspecto ya que ahí se les proporciona medicamentos gratuitos, así mismo que los mantiene bajo revisión médica. En la mente de las personas, vejez y enfermedad están frecuentemente asociadas, aunque no de manera determinante. Esta asociación hace a los viejos más vulnerables ante ellos mismos y los demás (Hooyman y Kiyak, 1999 citado en Orozco, 2006).

De acuerdo con nuestra información todos ellos son medicados ya sea para dormir, por dolores de huesos o algún padecimiento crónico¹⁹. Muchos de estos padecimientos están asociados al envejecimiento o, como son nombrados comúnmente, “achaques de la edad”. Respecto a su salud la mayoría afirmó sentirse bien, a pesar de uno que otro problemita de salud, que ya se han acostumbrado a vivir con ellos, por ejemplo, úlceras gástricas, tos crónica, bronquitis, problemas con las rodillas o de la vista. Sin embargo algunos expresan estar agradecidos a encontrarse relativamente bien y no encontrarse en una condición peor de salud. En su mayoría dependen de alguna herramienta (bastón, silla de ruedas, andadera) para caminar, algunos porque no pueden hacerlo por si solos y otro por miedo a una caída que podría ser terrible a su edad; que en varios casos fue el motivo del porque utilicen estas herramientas para trasladarse. Si bien es cierto que muchos de los residentes ingresan a la institución en buen estado de salud, esto se modifica con el paso del tiempo. La institución acepta a adultos mayores de preferencia en buen estado de salud. En efecto, se tienen problemas de salud, pero son manejables con medicamentos relativamente accesibles.

¹⁹ Haciendo referencia a los costos del envejecimiento Ham (2003) señala que la fragilidad en las condiciones de salud de la población envejecida, así como la mayor incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, obligaran hacer profundas modificaciones en los sistemas de salud. Ya que la mayoría de las enfermedades de los adultos mayores tienen que ver con padecimientos crónico degenerativos, lo que implica mayor tiempo de estancia en hospitales y medicamentos de mayor costo.

La buena salud o la pérdida de ella conllevan a una ruptura del estilo de vida de las personas adultas mayores y podría impulsar a adoptar actitudes, comportamientos y decisiones que de otro modo no se hubieran adoptado. La salud opera como un escudo contra las posibles agresiones al yo que pueden sufrir por encontrarse institucionalizadas o como garantía para seguir manteniendo los sentimientos de bienestar. Concluyendo, se puede decir que la salud-enfermedad es una variable imprescindible en el estudio de la ancianidad y que contribuye al mantenimiento o ruptura de la independencia y de los lazos sociales (Barenys, 1993). Por lo tanto podemos deducir que entre mejor se encuentre el estado de salud de las personas mayores menor es la dependencia funcional hacia la institución o personal en el sentido de la realización de las actividades cotidianas. En cambio, en un estado de mayor deterioro la dependencia funcional hacia el personal es aumenta. La dependencia funcional o económica es un aspecto negativo frecuentemente atribuido a la tercera edad Y esta fuertemente ligada al concepto cronológico que determina la vejez en cada sociedad:

La vejez genera múltiples imágenes que ponen de manifiesto las características problemáticas de la población anciana. Las imágenes y definiciones socialmente construidas pueden crear experiencias más conflictivas que los hechos objetivos y las condiciones de vida empobrecidas de los ancianos (Pampel, 1998 citado en Orozco, 2006: 222).

Si bien es claro que cada sociedad tiene criterios de valoración distintos para la definición del concepto de la edad, estos surgen de la necesidad de seccionar la vida social para fines prácticos. Para Granjel (1991) esto representa una ambivalencia en el significado de ser anciano, puesto que siempre ha existido el establecimiento de los límites para que las personas sean consideradas ancianas o no. La determinación de estos límites puede dejar de

lado las propias construcciones de los ancianos respecto a la vejez y las diversas formas de vivirla.

En relación a este tema, la mayoría expresó sentirse con fuerza aun, a pesar de sus limitaciones físicas; en su mayoría fueron hombres los que afirmaron sentirse con fuerza, quizá esto este relacionado a que comúnmente en el imaginario colectivo se asocia a la fuerza como símbolo de hombría y que a la mujer se le es asociada con los adjetivos de debilidad. Creencia que se contradice con las tendencias en la esperanza de vida, puesto que son las mujeres las que viven más años de los varones. En ciertos casos podría representar una resistencia a aceptar el proceso de envejecimiento. La mayor parte de los entrevistados declara sentirse con ánimos de trabajar en dado caso que sus capacidades físicas y la institución lo permitieran, cabe aclarar que algunos de los entrevistados están en mejor estado de salud que otros. Las mujeres comentaron les gustaría trabajar en la cocina o atendiendo algún negocio. Los hombres comentaron que les gustaría emplearse en algún trabajo ligero, como jardinería. Quizá el patrón de las respuestas se deba que gran parte de sus vidas se mantuvieron en movimiento o desempeñando alguna actividad. Un señor expresa cómo se siente ante las consideraciones sociales sobre el desempeño laboral:

...siento que puedo trabajar todavía pero no quieren darme el trabajo afuera. Me dicen que ya no puedo, tal vez en los andamios ya no pueda andar pero si me dan trabajo abajo si. [y que siente cuando le dicen que no puede]: tristeza, porque al decirme que no puedo me están tomando como una persona inservible, ya desahuciada, como dicen, que ya esta buena pal basurero, y yo no me siento así, tengo que ser optimista conmigo mismo (Gonzalo).

La imágenes negativas que se generan respecto a la vejez originan barreras en las posibilidades de desarrollo social y en la comunicación entre generaciones, lo cual tiende a quebrar la solidaridad inter-generacional (Orozco, 2006). Por otro lado el conocimiento de

las percepciones de las personas es un aspecto fundamental. No obstante el conocimiento de las circunstancias en las que viven no garantiza la comprensión total de la calidad psicológica de la vida de las personas. Puesto que la mente influye en mucha medida sobre la percepción que se tenga del mundo (Bazo, 1989).

La mayor parte de nuestros relatos sobre la percepción sobre la vejez hacen constante referencia a la pérdida de la funcionalidad física y mental que lleva a las personas mayores a experimentar dependencia. Hay una noción de vejez construida sobre el estereotipo de la disminución de la capacidad física, incluso está presente en nuestros informantes; al igual que los cambios corporales ligados al declive funcional. Observamos en varios casos que la idea de la pérdida de la funcionalidad física genera cierto temor entre los residentes que se encuentran en mejores condiciones.

... pues que dan lástima ya viéndose en ese estado, verse ya así... ay, yo no quisiera llegar así, que me anden lidiando, ni aquí dar lata. Quisiera no dar lata y no tener una enfermedad larga es lo que pienso por las tardes, en noches digo: ay Dios mío no me vallas a mandar una enfermedad larga. Porque es muy triste, como un anciano también, pues dan lastima como vienen aquí trastabillando, así la vida (Concepción).

Que no me castigue así mi Tata Dios, que no me deje paralitico, porque una persona que anda en silla de ruedas tiene que estar atendido a que lo ayuden, a que lo puchen, a que lo meneen pa'ca o pa' alla. Muchas veces, Dios guarde la hora, hasta que lo cambien, que lo bañen, no me gustaría andar causando tantas molestias. Yo le digo a mi Tata Dios, si me vas a quitar de mi existencia quítamela completa de un día para otro, no poco a poco (Gonzalo).

El miedo a la enfermedad prolongada, incapacidad y dolor esta presente en los relatos de nuestros informantes que atraviesan el ultimo ciclo de su vida. Para Olvera (2007) “La experiencia del dolor no es sólo corporal, sino también social”, estos miedos tienen que ver con un proceso histórico social en el que varían según la época. Se puede

observar que la idea de la dependencia funcional genera un miedo en los adultos mayores, quizá porque representa un mayor declive en esta etapa de la vida y muchos asocian la pérdida de la independencia funcional, a pasar a convertirse en una carga para los demás. Por tal motivo el convivir con personas en peor estado de salud representa una amenaza emocional para su bienestar. De una manera más sutil, otros internos describen su experiencia de envejecimiento; las huellas que deja el tiempo en sus cuerpos, el comportamiento y los padecimientos de salud. De acuerdo a sus propias experiencias de envejecer estos fueron algunos relatos expresados por los ancianos con los que trabajamos:

Me siento con el cuerpo más pesado, siento que no puedo sostenerme; lo que es de la espalda a la cintura se me dobla. Si estoy parado tengo que agarrarme de algo pa' sostenerme o sentarme porque parado no duro el mismo tiempo, el cuerpo se me dobla, siento como si trajera una carga en la espalda (Laureano).

No pues me siento muy diferente a cuando no tenía mucha edad, me siento muy diferente ya muy decaído (Manuel).

Yo estoy vieja ya, pos no me siento muy bien, ya no va uno pa' arriba sino que pa' abajo, por la edad pues que lleva uno (Santos).

No es lo mismo ver a los viejitos cuando uno está joven, que cuando una está viejo. Es como si la velita se apagara, uno se va acabando (Eulalio).

La angustia, el drama de saber que se está en la parte final del ciclo de vida y que se tienen dolencias o que las energías menguan, sin duda constituyen un tramo de la vida complejo. Pero más aún, cuando a esta población se le ha cortado –o nunca los tuvo- las relaciones con sus familiares, se la impedido desarrollar actividades; puesto que se encuentran aislados del mundo exterior; “su decadencia los aísla” (Elias, 1987: 8). Así que lo único que queda es pensar, rezar, que no haya enfermedad prolongada, que no haya una mayor dependencia.

3.3.7 Sembrando la vejez

Estando conscientes que existe una relación indirecta o directa donde todas las acciones que un individuo efectúa crean una reacción en su entorno y al mismo tiempo en él. Partiendo de esta idea analizamos algunos de los aspectos de los adultos mayores entrevistados en su caminata hacia la vejez, es decir, entendiendo aquellas acciones que realizó el sujeto de forma consciente o inconsciente durante su vida, que impactaran en el futuro de su estilo de vida en edades avanzadas. Como pudo haber sido la creación de una familia y el modo de comportarse con ellos; haber establecido lazos afectivos y solidarios con los suyos, haber previsto una condición económica futura, un trabajo que le permitiese tomar provisiones en los cuidados de salud, etc. Son algunas de las acciones que de alguna manera podrían garantizar mejores oportunidades y recursos para hacer frente a la vejez.

Una de las observaciones que se muestra en la información es que la mayoría de los entrevistados no se imaginaron llegar a su edad actual, lo cual refleja que mucho menos se imaginaron estar en un asilo de ancianos. Los que sí llegaron a pensarse se imaginaban en situaciones diferentes; ya sea con amigos o de alguna manera muy lejana. Situación que refleja que no se tomaron “precauciones” para el futuro en la vejez.

Nunca pensé en ser viejo yo, yo creía que todo el tiempo iba a ser joven. Fíjate te voy a platicar. Aquí en la costa [de Hermosillo] trabajé 10 años, fue cuando me hice viejo. Después trabajé en un campo 16 años sin salirme, sin cambiarme a otro campo, y el patrón cuantas veces me rayaba, me preguntaba que si no me iba apuntar para el seguro [social], y yo le decía pa' qué quiero seguro si usted me da pases [para consultas médicas]. Pero los pases te sirven para una vez nomás me dijo, se acaba el pase y se acabó la consulta, y el seguro te va servir pa' cuando no puedas trabajar me dijo, el seguro te va mantener. Como ahorita que no estoy trabajando tuviera seguro yo, pues cuantas veces que rayaba el patrón me decía eso y hasta se reía el patrón porque no le hacía caso yo. Y ahorita lo estoy necesitando, ahorita tengo seguro pero del popular, pero no es lo mismo (Laureano).

El relato ilustra bien lo sucedido con los internos en dos casos: de un lado, la vejez parecería que no iba a llegar nunca y, de otro lado, la carencia de una cultura para el retiro. Es bastante razonable que la vejez no se piense como una opción de vida, incluso podría generar hasta rechazo. Hoy en día “la vida se hace mas larga, la muerte se aplaza más. Ya no es cotidiana la contemplación de moribundos y de muertos. Resulta fácil olvidarse de la muerte en el normal vivir cotidiano” (Elias, 1987: 16). De ahí que durante la juventud, esta etapa de vida se niegue o se desplace a un futuro muy lejano. Por lo que toca a la ausencia de una cultura para el retiro laboral o la vejez, ello está asociado a al cambio en los patrones demográficos, que han aumentado la esperanza de vida significativamente en el los últimos 50 años. Seguramente, los internos no vieron envejecer a sus familiares, ya que fallecían a una edad madura, por lo que no tuvieron oportunidad de observar qué sucedía con las personas durante la fase de vejez.

Cuando uno es joven no piensa llegar a una edad como esta o a un lugar como este. Estar aquí nomas, esperanzado que le den todo. Cuando uno esta trabajando afuera, uno mismo gana pa´ surtirse de lo que le falta: ropa, comida y todo. Yo quisiera estar libre. Que me costara ganarlo, trabajar pa´ ganarlo. Aquí no nos falta nada, pero me gustaría estar haciendo alguna actividad, estar en movimiento pues (Laureano).

Otra parte hace hincapié al tomar pastillas o vitaminas para prevenir enfermedades, como la osteoporosis, ya que el riesgo de las caídas en edades avanzadas puede representar la pérdida de independencia funcional. Quizá esto tenga que ver con el miedo que representa la enfermedad, incapacidad o el dolor físico en esta etapa de la vida.

Pues hay tantas cosas que se le vienen a uno en la vida, que no las prevé. Para decir me voy a cuidar de esto. Yo, por ejemplo: he suspendido la caminata por temor a una caída, no ando igual a como andaba yo antes (Guillermo).

Tal parecería que la idea de pasar los días de su vejez en un asilo nunca les pasó por la cabeza. Sin embargo, a pesar de que residir en un asilo no es el ideal de las personas la mayoría agradece a Dios por haberles permitido llegar a su edad y por tener un techo en donde son recibidos. Comentan que se sienten bien con la vida que han llevado y pocos se atreven a juzgarla de injusta, otros tantos se mantienen al margen diciendo *ni justa ni injusta, lo que merecí nada más me dio*, haciendo referencia a una divinidad. A pesar de que declaran sentirse bien con la vida que han llevado pocas personas aparecen felices o con una satisfacción manifiesta. Tomando en cuenta que los sentimientos conllevan una fuerte carga de subjetividad y que la satisfacción en la vejez –como en otras edades– depende de diversas circunstancias: personales, familiares y sociales.

Existe también una resignación de los internos puesto que pasar los días en una institución que impone reglas y normas, no es el ideal de una persona al llegar a esta etapa de la vida. Al no tener otras opciones queda el resignarse a pasar el resto de los días en la institución. El ingreso en un asilo de ancianos es, de manera general, en donde se concluye el ciclo de vida de la persona, incluida la muerte; la cual recoge la vida de la persona y de la que no hay salida, a diferencia de otro tipo de instituciones. Hoy en día se deben tomar estrategias importantes respecto a la forma de donde o como envejecer. De acuerdo con Fericgla (1992) prácticamente ningún anciano desearía finalizar sus días en una residencia, pero el hecho de que existan es considerado un aspecto positivo.

La mayor parte encuentra en gran medida una tranquilidad en la resignación. La resignación anula cualquier otra alternativa en la vida de los adultos mayores anula la posibilidad de observar hacia el futuro o hacer planes a largo plazo; muchos de ellos

afirman estar tranquilos, aunque tristes y esperando el momento de su muerte. En mucha medida la resignación de sus días tiene que ver con la aceptación de su condición de vida y de su vejez. Por ejemplo el resignarse al abandono o a finalizar sus días dentro del asilo, al mismo tiempo la resignación genera sentimientos que giran entorno a pensar su vejez.

¡Ay no! Ya la vida va muy avanzada, uno está ya nomas está aquí, aunque uno no sepa ni cuándo ni como le va a tocar. Yo me la llevo pensando más en la otra vida. Porque ya a mi edad muchas cosas no me ilusionan por tantas cosas que han pasado... de sentimientos que han pasado por la pérdida de la familia. Yo ya no me rio como me reía antes. Antes era muy risueña y todo me caía en gracia y ahora ya no es así... se va acabando el ánimo, se va sintiendo deprimida, se va acabando la alegría.... Me vienen ratitos muy tristes. Y me preguntó qué ando haciendo sola y pues tengo que resignarme a que Dios se acuerde de mi cuando quiera, cuando El quiera y cuando a El le parezca (Concepción).

A menudo pienso en la soledad. Pienso que dentro de poco tiempo ya no voy a poder ver, que no va haber nadie conmigo. Y le digo al Señor: préstame tantito los ojos para ver. Pero ya no hay esperanza, no hay esperanzas. Yo ya no lloro, pa' qué. El sabe lo que hace conmigo o lo que va hacer (Elvira).

Para Rubio y Aleixandre (2001) existe una diferencia entre el estar solo y el sentirse solo, el primero está asociado al aislamiento social, la carencia de redes sociales, la marginación, el desarraigo. Y el segundo al sentimiento que genera la verdadera soledad de nostalgia, tristeza, añoranza o melancolía. Aunque se esté acompañado de más personas. De acuerdo a esta diferenciación podemos darnos cuenta que el estar solo tiene que ver con un hecho objetivo; en tanto que el segundo hace referencia a un hecho subjetivo que tiene lugar en la vivencias de la estructura de las interacciones sociales.

Un aspecto en el cual la mayoría de los entrevistados afirmó les hacia falta dentro fue el conversar con alguien, de alguna manera expresaron sentirse solos o por lo menos haber experimentado alguna vez la sensación de soledad. De acuerdo con Peplau y

Caldwell (citado en Rubio y Aleixandre, 2001) entienden que el sentimiento de soledad se da cuando las relaciones sociales logradas por una persona son menos numerosas o satisfactorias de lo que ella desearía. La soledad o sentimiento de soledad es la consecuencia del desarraigo familiar y social de los adultos mayores, en muchos casos es uno de los factores más temidos por las personas en edades avanzadas, puesto que acentúa la sensación de abandono. La soledad y o la vivencia de la soledad es una característica que predomina en la vida cotidiana de los ancianos, la cual llega a determinar pautas de comportamiento y otros factores observables en la vejez (Fericgla, 1992). En la misma línea Kraus (2011) opina que la soledad en la vejez puede ser más letal que todas las muertes. Hay soledades que asfixian, hieren, impiden la vida. Duelen las que son prolongadas por mucho tiempo y laceran aquellas donde el abandono es una constante.

Las imágenes de los residentes del Juan Pablo II parecería que están permeadas por la soledad, el temor o la pérdida de las capacidades físicas; la resignación, la idea de la muerte son una constante en los relatos analizados. Sin embargo, la institución cumple su función inmediata dar cobijo a los necesitados, al mismo tiempo que los constriñe. Por una parte proporciona alimento y alojamiento, pero por la otra, los aísla del resto del mundo. La segregación que experimenta esta ligada a la soledad de sus días, se les impone una organización de la vida que les impide vivir la última etapa de la vida dignamente.

CONCLUSIONES

Retomando lo expuesto en capítulos anteriores el envejecimiento poblacional abre brecha a nuevas implicaciones en sus expresiones macro y microsociales. Desde la óptica de la demografía la dinámica apunta hacia un proceso acelerado para el caso de América Latina, que se ve reflejado en el aumento de la esperanza de vida y en las proyecciones de población, en donde se espera la acumulación de grandes proporciones de gente en edades avanzadas. La manera de abordar el problema del envejecimiento a través de los números o porcentajes ayuda a comprender el comportamiento de las poblaciones de forma generalizada. Es importante observar con detenimiento el comportamiento de la dinámica demográfica para así poder identificar las similitudes que compartimos con otros países envejecidos y en esta medida crear un diagnóstico propio y generar nuevos conocimientos que respondan a las nuevas necesidades de cada grupo etario, pero también para que las agencias responsables tomen medidas para tratar el asunto. En este sentido es importante que se diseñen políticas sociales y programas específicos que aminoren la situación de aquellos que se encuentran en carencia de apoyo. Dichos programas deberán estar diseñados para responder a las diversas situaciones en las que se presenta el envejecimiento, ofreciendo servicios y apoyos de acuerdo al género, situación de dependencia entre otras diferencias. En México la vejez representa un problema social puesto que produce fenómenos no previstos con anterioridad. Sin embargo aunque son diversas las versiones de porque es un problema, reiteradamente se hace referencia a la cantidad con la que el fenómeno se presentará, aunque siempre hayan existido. Pero el

carácter de problema social radica en la falta de políticas sociales adecuadas para enfrentarla y a la insuficiencia en los costos económicos que acarrea.

La vejez en el país se experimenta no sólo en una era de transición demográfica y epidemiológica que tienen presencia a nivel social y mundial, la vejez se presenta en un escenario mundial en el cual se entremezclan otras transiciones, las cuales impactan e influyen a la vejez y al mismo tiempo al envejecimiento. Las transiciones observadas en los últimos años en las familias y el papel que desempeñan sus integrantes; otros asuntos importantes son la feminización de la vejez, los cambios en los patrones de solidaridad entre las generaciones, la migración internacional, entre otras. Estas transiciones son el trasfondo que se encuentra dentro de la visión generalizada del escenario demográfico. Podemos decir que la vejez no solo es un asunto de números, se demuestra en las relaciones sociales y económicas en los diferentes niveles en que se presenta.

En Sonora la transición comenzó un poco más tarde que a nivel nacional, sin embargo presenta ya un proceso avanzado de envejecimiento, mayoritariamente en zonas rurales, punto que se cumple para el resto del país, donde las regiones rurales presentan procesos de envejecimiento más acelerados que en las zonas urbanas, en donde existe mayor concentración de población joven por la mano de obra. Para Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007) cada zona tiene ventajas y desventajas. En las zonas más envejecidas (rurales) las ventajas radican en que la vejez todavía conserva una valoración social y existen redes de apoyo comunitarias, mientras que por otro lado tienen dificultades para el acceso a los servicios médicos especializados y acceder a los recursos económicos para su sostenimiento. Y en las zonas menos envejecidas (urbanas) las ventajas están relacionadas con la existencia de mayor diversidad en los servicios de salud así como un mercado

laboral que abre nuevas expectativas para el aporte de alguno de los miembros de la familia, en cuanto a las desventajas se asocian a las percepciones desfavorables que se generan en torno al anciano dentro de la urbe.

Dentro del terreno de los aspectos macro que tienen que ver con el envejecimiento está el funcionamiento de las instituciones sociales, así como sus costos económicos y sociales. No podemos dejar de lado la respuesta de las instituciones sociales frente al panorama del envejecimiento, puesto que estas contribuyen a mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores. Razón por la cual se decidió poner la mirada sociológica sobre la vida en el AAJPII poniendo interés en la visión del actor social; teniendo en cuenta que dicha institución responde a las necesidades de cierto perfil de adultos mayores.

Como ya se mencionó anteriormente la baja inserción de personas está relacionada a la reducción en el presupuesto de las políticas sociales, que hacen que estos lugares sean en apariencia indeseables para vivir. Aunque en la mayoría de los casos se cumpla el hecho de que las personas que residen en el AAJPII no están allí porque así lo hayan previsto o deseado, nos percatamos que el hecho de que ingresen va más allá de un deseo, puesto que surge de una necesidad ante una falta de recursos económicos, de tipo asistencial y social. Podemos decir que la población del AAJPII gestó las condiciones específicas (de manera inconsciente), en el lapso de su adultez las cuales lo llevaron a la necesidad de ingresar. La gran mayoría de los que residen en el asilo no estableció algún lazo afectivo y solidario con los suyos, no previó una condición económica futura o un trabajo que le permitiera tomar provisiones en los cuidados de salud. Lo anterior está estrechamente ligado a la carencia de una cultura para el retiro y a su vez a los marcos de sentido que se encuentran detrás de la resistencia social e individual al envejecimiento que tienen que ver con la obsesión

contemporánea por la juventud, la apariencia, el cuerpo y la salud que representan modificaciones en estos marcos de sentido (Olvera, 2007). Para Norbert Elias (1987) “de una manera consciente o inconsciente, la gente se resiste por todos los medios a la idea de su propia vejez y de su propia muerte” (87).

Entonces tenemos una población con pocas opciones para hacer frente a su propia vejez, de acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que la gran mayoría proviene de zonas rurales del estado de Sonora u otros estados, no tuvieron un trabajo estable y por tal motivo no accedieron a una pensión o jubilación, es una población mayormente masculina, no establecieron relaciones de pareja formales y la mayoría pertenece a la cuarta edad; lo que implica mayor atención en servicios médicos y asistenciales. Ante estas características de la población del AAJPII los servicios de la institución asilar se vuelven indispensables ante la falta de una solidaridad cultural frente a la vejez y en esta medida la necesidad se impone antes que el deseo de querer ingresar a un asilo. En este sentido la institución asilar cumple formalmente con la finalidad para la cual fueron creados dar cobijo, proteger o custodiar a personas que por diversas razones no pueden proveer su subsistencia. Por un lado, se proyectan como el trasfondo de la asistencia social a cargo de la familia y por otro lado tratan de aminorar un problema de vagabundeo o indigencia en la vejez.

En el estado de Sonora hay escasa investigación sobre el transcurrir de la vida en los asilos de ancianos, la intención con la que se inició esta investigación trata de dar a conocer cómo es la vida y cómo se vive la vejez en un asilo de ancianos, privilegiando la mirada de los adultos mayores institucionalizados. Los resultados sobrepasaron nuestras nociones y enriquecieron una gama de visiones respecto a esta forma concreta de experimentar la vejez.

La situación de desarraigo y abandono familiar es algo que esta presente en los testimonios, consolidando así a la institución como una isla de soledades compartidas. Puesto que muchos de los residentes perciben la soledad como la pérdida de los seres queridos. Respecto a los que aun conservan algún pariente lejano (sobrinos, nietos u otros) la constante de las visitas pasa de ser una obligación a una despreocupación para los parientes.

La adaptación a vivir en un asilo de ancianos representa rupturas respecto a la forma de vida que llevaban antes de ingresar e implica adaptarse a nuevas formas de organización de los días. Entre los aspectos más inmediatos que hacen referencia a la adaptación destacan los horarios y las comidas, que de manera general la mayoría concluye que no les costo mucho adaptarse a estas nuevas condiciones. Entre los aspectos que representaron mayor dificultad de adaptación son: el tener que compartir dormitorio y baño. Pero la regla a la cual a un no se acostumbra la mayoría es la restricción de salir de la institución. Conseguimos observar que esto representa un choque emocional para el adulto mayor. Puesto que la institución no permite que se realicen este tipo de actividades como el andar solo por las calles. Sin embargo, los residentes aunque no conformes, respetan esta disposición institucional.

De igual manera podemos decir que el AAJPII adquiere un carácter de institución total puesto que organiza las actividades diarias; comer, dormir, el ocio, entre otras. Tomando en cuenta que mientras más dependiente física o psíquicamente se encuentren los residentes estas son más propensas a revertirse de este carácter. Los días en el AAJPII son rutinarios y en ellos abunda el aburrimiento, sobre todo en aquellos que sus condiciones de salud los limitas del resto de la población institucionalizada. Encontramos que la mayoría

de los internos no encuentra diferencia entre los días de la semana, puesto que la lógica de las actividades es igual entre los días de la semana resumiéndose básicamente en comer, dormir y esperar. El diseño formalizado de la institución impone diariamente el seguimiento de los horarios; así la monotonía gana lugar donde la salud se ha ido. Por un lado, uno de los objetivos cabales de la institución se cumple el brindar protección aquellos que están en situación de desventaja social. Pero por otro, no basta con dotar a los ancianos de las condiciones indispensables para su sustento, habría aquí que impulsar programas permanentes que brinden al anciano institucionalizado llevar una vida más llevadera y menos monótona en esta fase de la vida. Ante la falta de actividades se registro el tiempo para el recuerdo, constantemente los residentes del AAJPII se alimentan del pasado. Sobre todo por las noches que son caracterizadas por su larga duración, por consiguiente la gran mayoría toma fármacos para inducir el sueño; esto esta relacionado directamente con los horarios que la institución establece para dormir en las noches, sin considerar los cambios fisiológicos en los adultos mayores en sus periodos de sueño.

Otra consecuencia de la falta de actividades recreativas, es el desinterés y la apatía, que genera un aislamiento entre los mismos internos. La calidad de las relaciones de los internos es poco solida y se reduce a momentos de compañía, donde el principal tema de conversación es la historia de cada uno, el que hizo en su vida. Las relaciones sociales entre géneros es estrictamente regulada por el personal y constantemente se vigila este aspecto con la finalidad de prevenir malos entendidos. De acuerdo a los testimonio muchos hombres que habitan el asilo son caracterizados por su mal genio y hostilidad. Y las mujeres por encontrarse en un declive más acentuado en sus facultades mentales. Tanto para hombres como para mujeres la convivencia con personas en peor estado de salud o

dependencia física, representa una amenaza a su bienestar emocional; esto concuerda con la resistencia al envejecimiento y tiene que ver con los miedos psicológicos en sociedades modernas de los que habla Olvera (2007).

La relación entre vejez y enfermedad esta fuertemente asociada en el AAJPII. Basándonos en nuestros informantes la mayoría consume medicamentos para algún padecimiento crónico. Sin embargo afirman que se sienten bien, en efecto se tienen problemas de salud pero son manejables con medicamento relativamente accesibles, es mayor la gratitud que demuestran al no encontrarse en una situación de dependencia física y mental mayor. Puesto que la salud contribuye a un mantenimiento de la independencia y de los lazos sociales.

A pesar de las muchas percepciones que se generan en torno a la condición de vejez nos sumergimos en tratar de conocer como se autovaloran los ancianos institucionalizados en esta etapa de su vida y concretamente viviendo en un asilo de ancianos. La mayoría expreso sentirse con fuerza y con ganas de estar trabajando, tomando en cuenta sus limitaciones físicas. La percepción del declive de la funcionalidad física y mental esta presente en los testimonios, al mismo tiempo que genera un temor en ellos.

El olvido, la soledad, la angustia, la resignación y el drama de saber que se esta en la ultima etapa del ciclo de la vida donde el dolor y los ánimos son insuficientes, sin duda es un asunto difícil. Y lo es aun más cuando a esta población les han cortado las relaciones familiares y con el mundo exterior, quedando de alguna manera aislados por su decadencia. Lo único que queda es esperar que no haya enfermedad prolongada o una mayor dependencia, rezar y pensar. La institución representa para este grupo un aspecto positivo

puesto que son adultos mayores en desventaja o abandono social, por una parte brinda los servicios básicos de alimentación y alojamiento, pero por la otra los aísla del resto del mundo, reflejándose en la soledad de sus días; aminorando su calidad de vida en esta etapa y evitando que se viva dignamente. Cabe aclarar que no estamos señalando que el asilo sea de carácter nocivo para los ancianos, pero hay que considerar que es una institución con un diseño que fomenta más la soledad.

REFERENCIAS

- Aranibar, P. (2001) "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina". *CEPAL: Población y Desarrollo*, Santiago de Chile.
- Barenys, M. (1992) "Las residencias de ancianos y su significado sociológico". En *Papers: revista de sociología*. Número 40, Pp. 121-135.
- _____ (1993) "Un marco de estudio para las instituciones de ancianos". En *Revista española de investigaciones sociológicas*. Número 64. Octubre-diciembre 1993, pp. 155-172.
- Basurto, R. (2009) *Una visión de futuro*. Universidad de Sonora/Mora-Cantúa, Hermosillo, Sonora.
- Bazo, M. (1991) "Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico". En *Revista española de investigaciones sociológicas*. Número 53. Enero-marzo 1991, pp. 149-164.
- _____ (1989) "Personas ancianas: salud y soledad". En *Revista española de investigaciones sociológicas*. Número 47. Julio-septiembre 1989, pp. 193-223.
- Beauvoir, S. (1983) *La vejez*. Hermes, México.
- Brea, Jorge. (2003) Extracto del Population Bulletin del PRB titulado "*Population dynamics in Latin America*". (En línea) disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2003/ElEnvejecimientoDeAmericaLatina.aspx> (Accesado en: julio 2010).
- Cabrera, G. (2001) "El envejecimiento demográfico en el mundo". En *Demos*. Número 14. Enero 2001, pp. 42-43.
- Canales, A. (2001) "Hacia el envejecimiento demográfico". En *Demos*. Número 14. Enero 2001, pp. 4-5.
- Canales, A. y I. Montiel (2009) "Prospectiva del Envejecimiento de la población en el estado de Sonora". Una visión al 2050. Consejo Estatal de Población.
- Castillo, D. y V. Fortino (2005) "Envejecimiento demográfico en México". Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. En *Papeles de población*. Número 45, pp. 107-141.
- CEPAL (2004) "Población, Envejecimiento y Desarrollo". Trigesimo periodo de sesiones de la CEPAL, Puerto Rico: Naciones Unidas.

Chackiel, J. (2000) “ El envejecimiento de la poblacion latinoamericana: ¿hacia una relacion de dependencia favorable?”. Centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE)- Division de Poblacion, Santiago de Chile.

Consejo Nacional de Población (2005) Envejecimiento de la Población en México: Reto del siglo XXI. México: CONAPO.

Consejo Nacional de Población (2008) Informe de México: el cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México. México: CONAPO.

Dubi, G. (1995) *Año 1000, año 2000. La huella de nuestros miedos*. Chile: Editorial Andrés Bello.

Elias, N. (1987) *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

Fericgla, J. (2002) *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Ediciones Herder, S. A.

Grijalva, G.; Zúñiga, M. y M. Zupo (2007) “Adultos y Adultas mayores en Sonora: ¿Dependientes, autosuficientes o proveedores?”. En *Región y Sociedad*. Volumen XIX. Número especial. Mayo-agosto 2007, pp. 117-145.

Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1ª ed. 3ª reimp.- Buenos Aires: Amorrortu.

Ham, R. (2006) Prologo en: *Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico*, (colaboradores), Silva, L.; Vázquez, F.; Reyes, L. y I. Orozco. Tijuana: El colegio de la frontera norte: Plaza y Valdés.

_____ (2003) *El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: El colegio de la Frontera- Miguel Ángel Porrúa.

_____ (1996) “El Envejecimiento: Una Nueva Dimensión de la Salud en México”. En *Papeles de población*. Volumen 38. Número 6, pp. 409-418.

Jaime, E.; Pérez, P.; Esporrrin, L.; Vázquez, O.; Cervera, M. y D. Molina (2005) “Insomnio en el Anciano”. En *Revista multidisciplinar de Gerontología*. Volumen 15. Numero 2, pp.119-123.

Kraus, A. (2011). “Vejez y soledad”. En: La jornada. 29 de junio de 2011. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/06/29/opinion/022a2pol#texto>

Moreno, P. (2008) “Centro de Maria Auxiliadora”. *El pitic*. Año VIII, núm. 85, Hermosillo, Sonora. Disponible en: http://www.elpitic.com/periodico_pitic/abril_2008.pdf

Muchnik, E. (2006) *Envejecer en el siglo XXI: historia y perspectivas de la vejez*. Lugar editorial, Buenos Aires, Argentina.

Olguín, F. (2000) *Atención a los ancianos en los asilo y casas hogar de la ciudad de México*. Plaza y Valdés, México.

Olvera, M. y O. Sabido (2007) “Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte”. En *Sociológica*. Año 22, número 64, Modernidad e imaginarios socioculturales. Mayo-agosto 2007, p.p. 119-149.

ONU, Poblacion y Desarrollo (2004) Reunion de expertos de la ONU sobre la Poblacion Mundial 2030. New York. (Accesado en Julio del 2010). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/population/unpop.htm>

Orozco, I. (2006) “Imágenes de la Vejez”. En Silva, L.; Vázquez, F.; Reyes, L. y I. Orozco (colaboradores). *Miradas sobre la vejez: Un enfoque antropológico*, Tijuana: El colegio de la frontera norte: Plaza y Valdés.

Partida, V. (2005) “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”. En *Papeles de población*. Número 45, pp. 9-27.

Reyes, L. (2006) “Estatus social y rol de la ancianidad”. En Silva, L.; Vázquez, F.; Reyes, L. y I. Orozco (colaboradores). *Miradas sobre la vejez: Un enfoque antropológico*, Tijuana: El colegio de la frontera norte: Plaza y Valdés.

Ribeiro, E. (2008) “La dignidad de las personas anciana institucionalizadas: en papel de la música en el encuentro humano”. En *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. Número 13, pp. 1- 6.

Ribeiro, M. (2000) *Familia y política social*. México: Editorial Lumen Humanitas.

Rodríguez, C. (1999) “El papel de las instituciones publicas en la atención de la tercera edad”. En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, compilado por el Consejo Nacional de Población, pp. 55-68. México: CONAPO-Senado de la república I.VII Legislatura, Comisión de Población y Desarrollo-Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión I.VII Legislatura.

Rofman, R. y L. Lucchetti (2006) “Sistema de pensiones en América Latina: Conceptos y Mediciones de Cobertura”. Banco Mundial.

Rubio, R. y M. Alexandre (2001) “Un estudio sobre la soledad en las personas adultas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo”. En *Revista multidisciplinar de gerontología*. Volumen 11, número 1, pp. 23 - 28.

Secretaria de Desarrollo Social (2008) *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), México, D.F.

Tamez, B. (2008) *La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, N. L.* Tesis de maestría en ciencias con especialidad en trabajo social, Instituto estatal de las mujeres.

Vazquez, F. (2003) *Contando nuestros días: Un estudio antropológico sobre la vejez.* Mexico: CIESAS.

ANEXO I

Guía de entrevista

Presentación

Estimado Sr(a). Estoy desarrollando un trabajo sobre las condiciones en que viven los internos del Asilo Juan Pablo II, así también nos interesa conocer como es la estancia dentro del asilo, como son las interacciones entre los que viven dentro, cuales son sus intereses, gustos y actividades para poder reconstruir la vida dentro de la institución y llegar a conocer la percepción sobre si mismos. Con este fin, le quiero si es posible que me platique cómo son las condiciones en las vive, particularmente sobre lo que le interesa, lo que no le interesa o gusta, que es lo que mas le gusta o lo que menos le gusta, que es lo que mas extraña, que es lo que comúnmente piensa y recuerda, que es lo que mas le divierte dentro etc.

El propósito de la presente guía de entrevista es que se produzca una conversación bajo la dirección de algunos temas específicos que son: familia, proceso de ingreso al asilo, estancia dentro, relaciones sociales internas y la percepción sobre su vejez. Con el propósito que proporcione información, la cual pueda ser utilizar para una tesis de investigación de la carrera de sociología de la Universidad de Sonora, cuyo objetivo es: “conocer como es la vida dentro de un asilo de ancianos desde sus propios relatos”.

Dimensiones de observación

- I. Datos Generales
- II. ingreso al asilo
- III. Estancia dentro
- IV. Relaciones sociales internas

V. Percepción sobre su vejez

Sra. o Sr. Queremos iniciar esta conversación con una serie de cuestiones generales.

I. Datos generales

- 1.- Nombre
- 2.- Año de nacimiento
- 3.- Lugar de nacimiento
- 4.- sexo
- 5.- Hasta qué año curso la escuela. En caso de no recordarse, se puede hablar sobre el tema de la escuela.
 - Último empleo. Hasta qué año trabajó
 - Ud. es jubilado o pensionado
 - Tiene hijos.
 - Cuantos hijos tiene.
 - Viven todos ellos.
 - Vienen a visitarlo. (La idea es saber si tiene familia y tener indicios de abandono. Tal vez profundizar en otra sección).

II. Ingreso al Asilo

Bien ahora le haré unas preguntas con la intención de saber como fue el proceso de ingreso al asilo Juan pablo. Teniendo claro que los criterios de ingreso que establece la casa hogar Juan Pablo II son los siguientes:

- Que la persona que ingrese no tenga familia o quien se haga responsable de ella.
- Que en el asilo exista cupo. (Capacidad máxima 60).
- Que no tengan enfermedades infecto/contagiosas.
- ¿En qué año ingreso al asilo?
- ¿Cómo llegó aquí? Quién se lo recomendó. Ud. vino por su propia voluntad o lo trajeron forzadamente.
- Puede recordar cuál fue su primera impresión del asilo O su primer recuerdo del asilo.
- Tuvo algún problema de adaptación con las comidas, los horarios, el personal
- que hacía antes de ingresar al asilo.

III. Estancia dentro del asilo Juan Pablo II. En esta sección le haré algunas preguntas para conocer como es su estancia dentro del asilo. La intención es conocer como pasa sus días dentro del asilo.

- Qué es lo que más le gusta de estar en el Juan Pablo II (profundizar en comidas, horarios y otros temas).
- Qué es lo que menos le gusta

- Si pudiera Ud. regresaría a su casa (en caso de tener familiares) con sus familiares, lo haría.
- qué hace en un domingo. Le gustan los fines de semana. Por supuesto si es que el domingo tiene una lógica distinta
- en que parte del asilo le gusta pasar la mayor parte del día
- Qué parte del día le gusta más.
- Qué parte del día o la noche no le gusta.
- Como son las noches aquí.

IV Relaciones sociales dentro del asilo. La siguiente sección tratará sobre las relaciones con los demás internos y personal del asilo.

- Recibe visitas, quiénes lo visitan, cuándo, qué días de la semana
- Quiénes son sus amigos.
- Con quienes pasa la mayoría del tiempo (con quien platica).
- Cómo es el personal del Asilo con Ud. (enfermeras, administrativos, etc.)

V. La vejez en el asilo: análisis de la autovaloración de ancianos institucionalizados.

- Como se siente de salud. Que enfermedades tiene (contrastar con los funcionarios del asilo)
- Qué le hace falta aquí: comida, atención, conversar, actividades.
- En caso que pudiera, le gustaría trabajar, haciendo qué.
- ¿Alguna vez en su vida pensó o se imaginó llegar a esta edad? ¿Cómo se pensaba?
- ¿Piensa usted que uno debe prepararse en la vida para llegar a la edad como la suya?
- ¿Qué aconsejaría a los jóvenes para prepararse para cuando lleguen a su edad?
- ¿Cómo se siente con la vida: satisfecho, insatisfecho, tranquilo, intranquilo?
- ¿Piensa que la vida fue justa o injusta con Usted?
- ¿Podría describirme con sus palabras como se siente tener la edad que usted tiene?
- ¿podría ahora describirme como es un adulto mayor para usted?
- ¿Que es lo que comúnmente piensa por las tardes? ¿Día, noche?

ANEXO II

Recuperación y sistematización de la información de campo

Desde un principio se centró el estudio sobre los ancianos institucionalizados y sobre la información que ellos podían aportar al estudio desde su experiencia de envejecer en un asilo y el transcurrir de sus días. Por ello se optó por una vía metodológica que resaltarán estos aspectos desde un acercamiento cualitativo. Sin hacer a un lado los datos demográficos que describen el perfil de la población institucionalizada.

Se establecieron dos procesos respecto a la información con la que se iba a trabajar. El primero, fue análisis de la información sociodemográfica de la población del AAJPII; los cuales fueron aportados por la institución. El segundo fue un análisis interpretativo, la información se obtuvo a través de dos vías: la observación y la entrevista. La entrevista estaba enfocada a recuperar la perspectiva de los ancianos bajo las dimensiones de observación que fueron planteadas para la investigación. Así mismo la observación participante nos permitió registrar información del contexto donde se desenvuelven cotidianamente y las condiciones en que se desarrolló la entrevista. En cuanto a la realización de las entrevistas todas se realizaron en el mes de febrero del año del 2011, las cuales tuvieron una duración de 50 minutos aproximadamente cada una y fueron realizadas en las instalaciones del AAJPII.

Respecto a la sistematización de la información, las entrevistas se obtuvieron en audio, luego fueron transformadas en texto para su análisis y procesadas en hoja de cálculo organizada bajo las dimensiones de observación, para así poder observar más claramente

las dimensiones de observación e identificar patrones en las respuestas entre los informantes.

ANEXO III

Datos de los informantes

Nombres*	Edad	Género	Antigüedad en el AAJPII	Lugar de origen	Escolaridad	Edo. Civil
Concepción	79	F	3 años	Moctezuma, Sonora	primaria incompleta	Soltera
Elvira	76	F	1 mes	Guasave, Sinaloa	primaria incompleta	Divorciada
Santos	78	F	8 años	Guerrero*	ninguna	Viuda
Adelina	74	F	1 año	Santa Ana, Sonora.	secundaria	Viuda
Gonzalo	76	M	2 meses	Cocorit, Sonora	primaria incompleta	Soltero
Laureano	74	M	9 años	Chinipas, Chihuahua	ninguna	Viudo
Eulalio	75	M	8 años	Nacori chico, Sonora.	ninguna	Soltero
Manuel	81	M	9 años	San Felipe de Jesús, Sonora.	primaria	Soltero
Guillermo	92	M	2 años	Cocorit, Sonora	primaria incompleta	Casado

*por respeto a los entrevistados decidimos poner solo el primer nombre, así mismo algunos nombres fueron modificados.

*no se especifico la ciudad del lugar de origen.